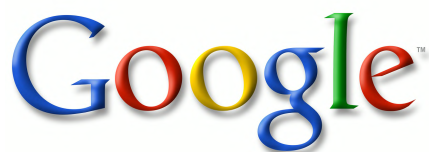




Dr. A. W. Hoisholt
Med. Supt.
State Hospital
Napa, California.

KLINISKE FORELÆSNINGER OG FOREDRAG

OVER

SINDSSYGDOMME

AF

VIGGO CHRISTIANSEN



KØBENHAVN 1906

JACOB LUNDS BOGHANDEL (BALDUR BORGEN)

J. COHENS BOGTRYKKERIER
(GEORG A. BACH)

DE kliniske forelæsninger og foredrag over sindssygdomme, jeg her udgiver, er holdt, medens jeg fungerede som reservelæge paa kommunehospitalets VI. afdeling. En del af dem er holdt for de læger, der deltog i et af de fortsættelseskursus, der med visse mellemrum holdes paa kommunehospitalet, de andre er paa en enkelt undtagelse nær holdt for studenter. Naar jeg har besluttet mig til at udgive dem, er grunden den, at jeg gærne vilde yde mit bidrag til at vække interessen for og forstaaelsen af sindssygdommene, saaledes som man møder dem paa en receptionsafdeling som VI. Denne afdeling staar jo nemlig livet et skridt nærmere end sindssygeanstalterne, hvor psykiatrien ellers som regel skrives. Og denne nære konneks med omverdenen gør, at de erfaringer, man der indhøster, og de synspunkter, som der er raadende, ikke altid falder sammen med dem, der erhverves paa en sindssygeanstalt. Jeg har ved at undgaa al teoretisering og ved at holde mig til den rent kliniske betragtningsmaade søgt at nærme mig saa stærkt som muligt til den øvrige medicins kliniske metode, hvorfor jeg ogsaa særligt har haft differentialdiagnosen mellem de forskellige psykopatologiske sygdomsenheder for øje.

Min tidligere overlæge, professor, dr. med. A. Friedenreich, som jeg staar i saa stor taknemlighedsgæld til for den interesse, han altid har vist mig, og de mange impulser, han har givet mig, bringer jeg min tak for tilladelsen til at benytte afdelingens materiale. Ligeledes takker jeg overlægen ved St. Hans hospital, professor, dr. med. O. Rohmel, for den velvilje, hvormed han har givet mig oplysninger om de patienters senere skæbne, der blev overflyttet til St. Hans hospital.

København, i august 1906.

Viggo Christiansen.

INDHOLD

PSYKOTERAPI.

MINE damer og herrer! Jeg vil i aften — den sidste gang, jeg i min egenskab af reservelæge her paa afdelingen holder forelæsning for Dem — forlade den kliniske demonstrations vej og forsøge paa at give Dem en forestilling om den psykiske behandlings teknik og rækkevidde overfor de funktionelle neuroser. Og der kan være saa meget mere grund for mig til at drage psykoterapiens betydning frem for Deres bevidsthed, som i vore dage den stadig voksende strøm af nye elektriske, mekaniske og balneologiske behandlingsmetoder er ved at sluge hele vor interesse og al vor tid. Og hvis det skulde ske, vilde det være til ubodelig skade for vore patienter. Den terapi, der overfor det store flertal af hysterier, neurastenier og for talrige former af psykoserne ogsaa, har den største udsigt til at lykkes, er den maalbevidste, planlagte og konsekvent gennemførte psykoterapi.

Det drejer sig — som De ved — i alle disse tilfælde om funktionelle lidelser af de kortikale centrer. Snart er det den psykomotoriske side af hjærnevirksomheden, der fortrinsvis er lidende; undertiden i form af en hemning, saaledes som vi ser det ved de simple former af depression, undertiden tværtimod i form af en eksitationstilstand, en forøget irritabilitet, en ømtaalelighed, en reaktionsfølsomhed, der ligger over det normale, saaledes som vi ser det ved mange tilfælde af neurasteni og ved en hel række af de

lettere degenerative psykoser. Her er overvejelsernes stadium reduceret i betydelig grad, den kritik, den eftertankens dvælen, der skulde være skudt ind imellem en forestillings opstaaen og dens overgang i handling, og som skulde korrigere og lede handlingen, gøres saa kort, at handlingens retning og udslag paa grund af den ringe gnidningsmodstand enten faa karakteren af det rent tilfældige, det lunefulde og planløse eller i sine mere udviklede former antager impulsivitetens præg. Snart er det psykiske moment i disse patienters tilstand langt mindre fremtrædende, og sygdomsbilledet kommer — skønt rent psykisk betinget — ofte i de fineste enkeltheder til at ligne en organisk lidelse, hvad der jo navnlig er iøjnefaldende ved de forskellige hysteriske tilstandsformer, ved de paralyser, de kontrakturer og inkoordinationer af forskellig art, ved de forstyrrelser i sanseorganernes eller de vegetative organers funktioner, som saa hyppigt forefalder ved denne sygdom. Men hvad enten det er hemningen eller den forøgede irritabilitet, hvad enten det er den abnormt let fremkaldte, eller den abnormt hurtig trættede hjærnevirksomhed, det drejer sig om, hvad enten det er den affektive sfære af bevidstheden, der er lidende, saaledes som vi ser det ved fobierne eller den ængstelige forventningsaffekt, eller som vi ser det ved den pinefulde fornemmelse af en afstumpning af de følelser, der tidligere fyldte patienterne og gav deres liv og deres handlinger den følelsesbetoning, uden hvilken al aandelig virksomhed sygner hen, eller det er den mere intellektuelle side af bevidstheden, eller den nøje afstemning, den indbyrdes korrektion og underkastelse af de forskellige psykiske virksomheder indbyrdes, det skorter paa, overalt er det hjærnebarken, de psykiske funktioners organ, hvis ligevægt er forstyrret. Det bliver derfor ogsaa den, der maa være angrebspunktet for vor terapeutiske handlen. Og det er derfor ganske korrekt, naar en norsk psykiater[1]),

[1]) Ragnar Vogt: Psykiatriens grundtræk. 1. del p. 62. Kristiania 1905.

i en fortrinlig og anskuelig artikel, der navnlig beskæftiger sig med den psykofysiske side af psykoterapien, definerer denne som en anvendelse i terapeutisk øjemed af visse storhjærnefunktioner.

Men — vil De maaske sige — psykoterapi, det er jo noget, enhver læge daglig gør brug af i sin virksomhed og ikke blot overfor „nervøse“ patienter, men overfor en sværm af andre patienter ogsaa. De vil maaske endog anføre eksempler paa læger, hvis viden er højst begrænset, hvis kliniske metode og færdighed er overordentlig mangelfuld, men som dog netop i kraft af den rent psykiske indflydelse, de har paa deres patienter, i kraft af den façon, de gør brug af, og som snart tangerer det mere forsorne, snart det mere sentimentale indgiver deres patienter en ganske ufortjent tillid til deres dygtighed og en lige saa umotiveret tiltro til deres terapeutiske formaaen. De vil maaske henvise til, hvilken gavnlig indflydelse lægens optræden kan have overfor de mest forskelligartede patienter, hvorledes en rolig, behersket adfærd kan virke sedativ paa ængstelige og forpinte patienter; hvorledes en venlig, men bestemt optræden kan dæmpe den utaalmodige patients irritabilitet; eller hvorledes en lidt brusque udtalt befaling kan hæve en øjeblikkelig spasme f. eks. i oesofagus, saa at man derved faar en mavesonde til at glide ned uden vanskelighed. Men selv om alt dette og meget andet vel kan komme ind under betegnelsen psykisk paavirkning, saa er det dog mere anvendt menneskelighed og menneskekundskab, der ikke forudsætter særlig medicinsk forstaaelse, end egentlig psykoterapi, det her er tale om. Dels er det akcessoriske og rent forbigaaende psykiske fænomener, vi paa denne maade søger at paavirke, fænomener, som i sammenligning med hovedlidelsen er af ganske underordnet betydning, hvorfor vor opmærksomhed terapeutisk set er rettet mod ganske andre virkemidler end de psykiske, dels bliver en psykisk paavirkning af denne art i følge sagens

natur rent improvisatorisk; og udfaldet af en improvisation vil altid være afhængig af mange forhold og først og fremmest af improvisators oplagthed.

Men ganske anderledes forholder det sig, hvor det gælder om at behandle patienter, hvis symptomer udelukkende er psykisk betingede, og hvor den psykiske paavirkning, der kommer til anvendelse, er resultatet ikke af en improvisation, men af det nøjeste studium af patientens hele psykiske habitus, resultatet af den nøjest mulige afvejen af de forskellige psykiske symptomer og en gennemført individualisering.

De vil forstaa, at en behandling, der har til hovedopgave at paavirke menneskers følelses-, forestillings- og viljesliv, nødvendigvis maa faa mange berøringspunkter med den almindelige pædagogiks principer og forudsætninger. Og det er ganske interessant at se, hvorledes psykoterapien har fulgt pædagogikens udvikling. For en menneskealder siden var det den brutale kommanderen, det haardhændede: du skal, det var frygten og truslen, ofte understøttet af pryglene, der var dominerende indenfor pædagogiken; og i psykoterapien var det den brusque suggestion understøttet af den faradiske børstes, eller andre marterredskabers pine, der var eneraadende. Nu gælder det om at faa baade børnene og patienterne til at forstaa; det gælder ikke om at gøre dem til lydige redskaber i vor haand, ikke om ved at imponere eller true dem at faa dem til at gøre, som vi vil; men det gælder om først og fremmest at gøre patienterne deres symptomers psykiske oprindelse forstaaelig for derefter at vinde dem ind som allierede i bestræbelserne for at bekæmpe dem, for tilsidst i forening at tage fat paa det møjsommelige taalmodighedsarbejde, der bestaar i at dæmpe og afspærre visse kortexgebeters overvægt, visse nervebaners farbarhed, medens vi samtidig vækker og baner vejen for andre centrers og andre associationers virksomhed.

Der findes imidlertid adskillige hjælpemidler, hvorved

vi er i stand til at forstærke psykoterapiens virkninger, og da et enkelt af dem i det store flertal af tilfældene er ganske uundværligt, skal jeg omtale det lidt nærmere. Det hjælpemiddel, jeg tænker paa, er isolationen.

Men ogsaa her vil De maaske indvende, at denne terapeutiske faktor er vel kendt uden for behandlingen af neuroserne. De vil henvise til, at baade kirurgerne og de interne medicinere er fortrolige med den velgørende indflydelse, udelukkelsen af alle paavirkninger udefra har paa patienter med de mest forskelligartede sygdomme, og med den aggraverende skadelige indflydelse, som skiftende og trættende irritamenter kan udøve. Og det er derfor noget af den omvendte verden, naar den eneste afdeling her paa hospitalet, hvor ordinationen: besøg forbudt saa godt som ikke eksisterer, er den, der huser de funktionelle nervesygdomme. De ved, at her paa afdelingen er den aabne dørs system drevet til sin yderste konsekvens, saaledes at vi ikke alene indenfor afdelingens mure ikke kender til lukkede døre, men at ogsaa de porte, der vender ud imod livet, staar paa vid gab, saa at patienterne kan modtage besøg af deres paarørende lige fra den første dag, de er blevet indlagt.

Mine erfaringer om isolationens nytte skriver sig derfor næsten udelukkende fra min private praksis og fra de tilfælde, hvor jeg ved min overlæges velvilje har haft lejlighed til at lede behandlingen af de patienter, jeg har indlagt paa officiantgangen. Men fordelene ved denne behandlingsmetode har været mig saa paafaldende, at jeg meget nødig behandler funktionelle nervesygdomme uden at tage den i brug. De faa gange, hvor jeg under et pres enten fra familiens eller patientens side har prøvet en behandling uden isolation, har næsten altid bragt mig skuffelser, og nu og da har jeg senere maattet instituere en isolation, enten fordi jeg stillede det som en conditio sine qua non for at fortsætte behandlingen, eller ogsaa fordi de

paarørende eller patienterne efterhaanden som lidelsens natur gik op for dem, selv har foreslaaet det. Men den slags eksperimenter vil jo altid kun betyde et spild af tid.

Man kan i og for sig ikke undre sig over, at publikum stiller sig noget afvisende overfor en behandlingsmetode af denne art. Den strækker sig jo altid over uger, undertiden over maaneder, og da det i følge sagens natur næsten aldrig er familjens huslæge, der leder en isolationsbehandling, men en fremmed læge, saa maa der forudsættes en meget stor tillid til denne læges ræsonnement og dygtighed, før man ganske uforbeholdent overlader mennesker, der staar ens hjærte nær, til hans udelukkende paavirkning uden at kunne følge resultatet. En saadan tillid kan i virkeligheden ikke forudsættes at være til stede fra begyndelsen af, men De har altid to faktorer til Deres raadighed for at forsøge paa at erhverve den. Den ene er den, der bestaar i at motivere isolationens nødvendighed og betydning, en motivering, som De maa give Dem tid til at udvikle og gøre saa indtrængende og let fattelig som muligt. Den anden er, at De ganske objektivt og uden at skjule eller forsøge paa at besmykke de svingninger og forværrelser, der saa ofte — navnlig i isolationens første tid — indtræder, holder patientens paarørende à jour med hans tilstand. Da De er det eneste bindeled imellem patienten og hans familje, kan denne ogsaa gøre fordring paa ren og klar besked om, hvorledes tilstanden virkelig er. De maa jo nemlig huske paa, at isolationen ikke alene betyder, at disse patienter ikke maa modtage besøg, men de maa heller ikke modtage breve eller blomster, ligesom De ogsaa i isolationens begyndelse ikke skal bringe Deres patienter hilsener, eller i Deres samtale med dem berøre hjemlige forhold eller personer.

Men hvilke fordele byder da isolationen paa, og hvorledes skal vi forklare os den gunstige indflydelse, den har i det store flertal af funktionelle neuroser? Ja, først og fremmest fjærner den patienterne fra de tilvante, ofte di-

rekte skadelige omgivelser og paavirkninger, fjærner dem fra de mennesker, der ved deres uforstand og ofte imod deres vilje danner en uoverstigelig hindring for en fornuftig psykisk behandling. Enhver, der kender blot det mindste til „nervøse" familjers levesæt, enhver der ved, hvilket slid, der gaar paa de enkelte medlemmers nervesystem gennem de tusinde hensyn, der maa tages, og hvilke rivninger og eksplosioner, der indtræder, naar disse hensyn glemmes eller springes over, han ved ogsaa, at den modus vivendi, der gennem aarenes løb har dannet sig i en saadan familje, hvor de fleste af medlemmerne paa den ene eller den anden maade er mærket af det nervøse temperaments uligevægtighed, og hvor den mest angrebne som regel har tilranet sig magten og snart mere aabenlyst, snart mere skjult tyranniserer omgivelserne, at den lader sig ikke forandre, uden at man fjærner patienten fra de hjemlige forhold. Og hvis man ikke isolerer patienten paa det nye sted, saa vil han stadig have et vindu aabent ud imod den verden, som virker skadelig paa ham. Hans nærmeste vil, naar forbindelsen vedligeholdes, stadig gøre deres indflydelse gældende, stadig holde den uro, de rifter og saar fra den tilvante tilværelse i live og vil mere eller mindre kraftigt, mere eller mindre bevidst modarbejde den psykiske paavirkning, som udgaar fra lægen og de ny omgivelser.

Men desuden repræsenterer isolationen den absolute ro, idet den altid, i alt fald til at begynde med, bør kombineres med sengeleje. Hos disse patienter, hvis nervesystem saa ofte trættes langt hurtigere end normale menneskers; hvor sanseindtryk og tankearbejde, der af os andre modtages og produceres uden vanskelighed, er kilden til en stadig lidelse og en evig pine; hvor de simpleste foreteelser vækker ængstelse og uro, der virker den absolute, baade aandelige og legemlige skaanen som en lise og dulmende hvile. Og De skal ikke lade Dem føre paa vildspor af Deres patienters paastand om, at de ,,umuligt kan holde

ud at ligge i sengen", eller at de „bliver altfor svækket af det". Kniber det, kan De ved moderat anvendelse af et eller andet brompræparat som regel komme gennem de første besværlige dage, og hvis den psykiske depression er stærkere udtalt, kan De give lidt opium, der jo her ofte virker fortræffeligt, men som regel vil sedative midler kun være indicerede de første uger, da patienterne næsten altid paafaldende hurtigt vænner sig til sengelejet, naar de mærker den beroligende indflydelse, det har.

Men ogsaa paa to andre tilsyneladende ganske modsatte maader virker isolationen. Den giver paa den ene side patienterne ro til, uden paavirkning ude fra og uden forstyrrende indgriben at søge at klare for sig selv alle de mange hinanden krydsende skadelige momenter, der som regel danner en saa væsentlig faktor ved de funktionelle neurosers opstaaen, den giver dem lejlighed til kontemplativt at vende sig indad imod sig selv, paa samme maade som enhver af os andre, selv om vi hverken er syg eller hellig eller lærd, til tider trænger til den eftertankens dybe ro, der giver vore oplevelser og erfaringer tid til at bundfældes og krystalliseres, og som først kan bringes til veje, naar vi isolerer os og lukker vor dør i og verden ude. Men paa den anden side virker isolationen ogsaa ved sin kedsommelighed, dens ensformighed og monotoni er, naar den har varet i nogen tid, og patienten begynder at komme sig, tilbøjelig til at vække kontrastforestillinger, der giver sig udslag i en vaagnende trang til arbejde, lyst til at vende tilbage til livet og længsel efter igen at føle sig som sundt og levedygtigt menneske. Der kommer derfor i forløbet af enhver isolation, der lykkes, et tidspunkt, hvor patienten søger at sprænge isolationen, og her gælder det om for den, der leder behandlingen, paa den ene side at holde igen og paa den anden ikke at svække den spirende virksomhedstrang. At hæve en isolation kan derfor ofte være en vanskelig sag. Paa en gang at slaa alle døre op paa vid gab ud til livet, lader sig selv-

følgelig ikke gøre, man vilde kun derved opnaa at overvælde patienten og gøre ham fortumlet og usikker. Jeg tror, De gør fornuftigst i, de første gange patienten faar besøg, altid selv at være til stede under det; De faar derved det paalideligste indtryk af den virkning, det gør paa patienten, De har i Deres haand at afbryde besøget, inden det begynder at trætte ham, og De kan selv lede samtalen og gribe ind, naar den antager en retning, som De mener ikke er tjenlig for ham. Og De kan paa denne maade ved lidt efter lidt at forlænge besøgene, og ved at drage flere og flere forskelligartede paavirkninger ind under behandlingen efterhaanden præparere Deres patient til at vende tilbage til livet.

Men endelig er isolationen — som jeg før sagde — vort hovedhjælpemiddel ved den psykiske behandling. Saalænge patienten er under de tilvante omgivelsers paavirkninger, saalænge han saa at sige har det ene ben ude i livet, saalænge vil der stadig tilføres ham en strøm af forestillinger, der mere eller mindre direkte virker hemmende for og modarbejder den psykoterapi, der er den egentlige behandling af disse patienter, og som isolationen kun understøtter. Isolationen er kun midlet og i mange tilfælde det ganske uundværlige, men maalet bør altid være psykoterapien.

De maa ikke tro, at isolationen, om end noget mindre gennemført i sin udførelse, er nogen ny behandlingsmetode. For psykosernes vedkommende har allerede *Esquirol*[2]) fremhævet denne behandlings fordele, og senere har saa godt som alle moderne psykiatrer lige fra *Griesinger*[3]) og *Guislain*[4]) til *Kraepelin*[5]) og herhjemme *Friedenreich, Lange*

---

2) Les maladies mentales t. I. p. 66. T. II. p. 322 o. f. Paris 1838.

3) Die Pathol. und Therap. der psych. Krankheit. Stuttgart 1861. p. 509 o. f.

4) Lecons orales sur les Phrenopathies. T. III. p. 268 o. f. Gand. Paris. Bonn 1852.

5) Psychiatrie VII Aufl. 1904.

og *Pontoppidan* i deres lærebøger og foredrag sluttet sig til denne opfattelse. Og for neurosernes vedkommende kunde jeg nævne for Dem saa godt som alle de forfattere, der har givet sig af med disse sygdomme, og som uden undtagelse fremhæver isolationens kapitale betydning ved behandlingen af disse sygdomme. Jeg vil imidlertid indskrænke mig til at nævne en monografi af to af *Dejerines* elever[6]), hvor hele dette spørgsmaals historie og klinik har fundet en udtømmende og indgaaende behandling, og af hvilken det fremgaar, at den absolute isolation allerede siden 1895 har holdt sit indtog paa Salpêtrièren, idet man der har indrettet den saakaldte salle Pinel, hvor der er plads til 24 patienter, til en isolationsafdeling, hvor hver enkelt patients seng staar frit ud paa gulvet og ved hvide gardiner, der fuldstændig omgiver sengen, afsondrer patienterne indbyrdes. Jeg mindes fra mit studieophold i London, at ogsaa der var en isolation af lignende art sat i system paa enkelte af sygestuerne i the national hospital for paralysed and epileptics.

Det har i lange tider været den almindelige opfattelse, at psykoterapien og suggestionsterapien var et og det samme. Der var jo en tid, hvor suggestionsterapien var den ene raadende, og hvor man gennem den hypnotiske søvn søgte at forøge suggestibiliteten. Senere vandt suggestionen i vaagen tilstand først terrain overfor børnehysterierne, hvor den i lang tid var og endnu er hovedbehandlingsmetoden, og senere, da ulemperne ved den hypnotiske behandling blev mere almindelig anerkendt, blev suggestionen i vaagen tilstand ogsaa ofte anvendt overfor voksne. Hvad der dominerer disse to behandlingsmetoder, er suggestionen, det vil efter *Camus* og *Pagniez's* definition sige „den akt, hvorved en ide, den være sig ond eller god, paaføres et individ *uden hans kontrol*". Det er de sidste to ord: uden kontrol, der danner kløften imellem disse former for psykoterapi og den sidste og mest moderne form, der ganske langsomt er vokset

---

6) Jean Camus et Pagniez: Isolement et psychothérapie. Paris 1904.

ud af de to andre og lidt efter lidt har frigjort sig fra de ulemper, der hæftede ved dem. Det er den form for psykoterapi, der gennem overtalelse og opdragelse, ved at vække og afstive bestemte forestillingsrækker, medens andre søges holdt nede og bragt til glemsel, ved at tvinge opmærksomheden til at fæste sig mere og mere intenst mod bestemte viljesyttringer og bevægelser, ved stadig gentagelse og utrættelig øvelse søger at bringe den psykiske ligevægt paa fode igen.

Hvad hypnosen angaar, saa ved vi, at det er muligt gennem den at paavirke saa godt som alle de symptomer, der kan opstaa i forløbet af mange af de funktionelle neuroser. Vi ved, hvorledes vi gennem den under hypnosen givne suggestion kan hæve paralyser og kontrakturer, kan stanse brækninger og kramper, kan paavirke sensibilitetsforstyrrelser og faa smærter til at forsvinde, og vi ved, hvilken tilsyneladende mirakuløs virkning en saadan hypnotisk suggestionsbehandling kan have. Og skønt jeg ogsaa selv i sin tid har set de smukkeste resultater af denne behandlingsmetode, saa har jeg dog efterhaanden ganske forladt den. Hvad det hos patienter af den art, der her er tale om, fremfor alt skorter paa, er den fulde beherskelse af deres psykiske selvkontrol. De mangler ofte i udpræget grad det herredømme over deres følelsesudbrud og viljesyttringer, som er udtryk for det velordnede, ligevægtige bevidsthedsliv, deres irritabilitet er forøget paa samme tid som deres forskellige hemningsmekanismer er svage og lidet præcise i deres virksomhed. Gennem hypnosen tvinger man disse patienter til blindt at adlyde ens befalinger, efter at man først har bragt dem i en abnorm psykisk tilstand, men de gør det rent automatisk, uden at deres vilje er blevet retledet, tværtimod eliminerer man den syge bevidsthed, der burde være angrebspunktet for vor terapeutiske handlen, og efter at det er gjort, søger man at paavirke symptomet. Man appellerer gennem hypnosen udelukkende til patientens subkonciente

nervecentrer, der netop ved neuroserne har en saa stor tilbøjelighed til at vagabondere paa egen haand uden bevidsthedscentrernes kontrol. De ved maaske, at der i mange aar er blevetført en heftig strid imellem Nancyskolen med *Bernheim* i spidsen paa den ene side og Salpêtrièreskolen med *Charcot* og alle hans elever paa den anden, om hvorvidt hypnosen kun repræsenterede en forøgelse af den fysiologiske suggestibilitet, som findes hos alle normale mennesker, eller den maatte opfattes som noget patologisk, specielt som en hysterisk manifestation. For enhver, der har set et menneske under hypnotisk paavirkning, set den fuldstændige opgiven af hans egen personlighed, set hans slaviske underkasten sig et andet menneskes vilje og luner, set hans automatiske, søvngængeragtige handlen, synes jeg, det maa staa klart, at her drejer det sig om noget patologisk. Og det er da heller ikke faa tilfælde, der i tidens løb er refereret af forfattere, der iøvrigt anser hypnosen for et værdifuldt terapeutisk hjælpemiddel, hvor det er øjensynligt, at en latent hysteri gennem den hypnotiske behandling er bleven manifest. Hvad der imidlertid efter min erfaring gør hypnosen til et saa alvorligt indgreb, er de overordentlig store vanskeligheder, der ofte er forbundet med at skælne de almindelige funktionelle neuroser fra begyndende psykoser, og at behandle psykoserne hypnotisk anser jeg for ganske uforsvarligt. Jeg har selv under min kandidattid, hvor jeg for at komme ind i den hypnotiske behandlings teknik, hypnotiserede en hel del, set et tilfælde, hvor det var ganske øjensynligt, at der ved den hypnotiske behandling hos en meget suggestibel hysteriker, udviklede sig en angstfuld agitation, der efterhaanden antog saa alvorlige former, at hun maatte overflyttes til St. Hans hospital. Og jeg har hos en anden patient, der var blevet hypnotisk behandlet af en anden læge, set en psykose, hvis yttringsmaade og form var saa tydelig præget af denne behandlingsmaade, og som endnu aar og dag efter befinder

sig paa St. Hans hospital, og fremdeles frembyder et saa ejendommeligt af hypnosen farvet sygdomsbillede, at man umuligt kan frigøre sig for, at denne behandling har haft sin andel i denne psykoses manifestationer. Men De skal ogsaa for Deres egen skyld undgaa den hypnotiske behandling. Ti i vore dage er patienterne langt mindre hypnotisable, end de var for ti aar siden. Den gang var sindene langt mere indstillede paa denne behandlingsmetode, og gør De forsøget, uden at det lykkes, saa rokker De derved ved Deres patienters tillid, den De under den psykiske behandling i vaagen tilstand har saa god en brug for. Og endelig repræsenterer hypnosen, saaledes som *Pontoppidan*[7]) siger i en af sine forelæsninger, hvor han paa et par sider har koncentreret sine erfaringer om den sidste hypnoseepidemi og har skrevet denne periodes ligbegængelse, et bedrag, suggestionen „betyder en bagvej, nemlig bag den suggereredes bevidsthed“ ; „men et bedrag, selv et fromt bedrag, er altid pinligt for ophavsmanden“.

De vil forstaa, at ved suggestionen i vaagen tilstand falder en del af disse anker bort, men hovedindvendingen mod suggestionsterapien, forsøget paa at overrumple patienten, er dog til stede. Derfor kombinerer mange terapeuter ogsaa suggestionen med forskellige mere eller mindre mystiske procedurer, der skal virke præparerende paa patienterne. De ruller gardinerne ned for at dæmpe lyset, de foretager strygninger eller dæmper eller forstærker deres stemme, de forener den verbale suggestion med en elektrisk paavirkning eller en vibrationsmassage, de søger kort sagt at smugle deres suggestion ind i patientens bevidsthed. Men stadig er det den verbale suggestion, der er hovedsagen; det er gennem kommando, gennem truslen, man søger at intimidere patienten. Man kan som *Gilles de la Tourette*[8]) udtrykker det ved suggestionen vel faa patienterne til at udføre en

7) Kliniske forelæsninger over nervesygdomme p. 155 o. f.

8) Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.

bevægelse, men ikke en handling, og det er jo netop det sidste, det kommer an paa.

Ved den tredje form for psykisk behandling, som jeg paa det indstændigste vil henlede Deres opmærksomhed paa, er det overtalelsen og opdragelsen, der har indtaget suggestionens plads. Vor opgave er ved den ikke at naa uden om eller bag om patientens bevidsthed, men tvært imod at naa helt ind til den, at vække den og retlede den, saa at bedringen og helbredelsen ikke sker gennem en overrumpling, men gennem en restitution og opøvelse af de cortexgebeter, hvis virksomhed er hemmet eller forøget eller daarligt afbalanceret.

Jeg vil for at give Dem en forestilling om, hvad denne terapi formaar, ganske kort referere nogle sygehistorier fra mit eget observationsmateriale, og jeg vil nævne nogle eksempler, hvor patienterne dels i lange tider har været under kyndig behandling uden resultat, dels har holdt sig raske saa længe, at man har lov til at tale om virkelig helbredelse.

De ved, at en af de fordele, der altid anføres for den hypnotiske behandlings fortræffeligheder, er, at helbredelsen indtræder saa hurtigt. Som regel viser det sig imidlertid, at der slet ikke er tale om nogen helbredelse, hvad der jo ogsaa maa synes umiddelbart indlysende, da behandlingen er rent symptomatisk, og umulig kan drage den syges bevidsthedsliv ind under sit virkefelt. At benyttelsen af den ideelle psykiske behandling, jeg her taler om, ogsaa hurtigt kan føre til en hurtig bekæmpelse af de grove somatiske symptomer skal jeg give Dem et eksempel paa. Jeg har for øjeblikket liggende ude paa kliniken en ung pige paa 16 aar, som i de sidste 3 aar har frembudt en hel række hysteriske fænomener. Snart har hun haft en ptosis, snart en mutisme, snart en kontraktur af den ene, snart af den anden arm, alt sammen noget, der trods hendes unge alder kan føres tilbage til et stærkt følelsesbetonet psykisk traume. Hun fik da for ca. 1 aar siden en let febris rheumatica, og

skal senere for ca. $\frac{1}{2}$ aar siden have haft et let recidiv. Efter dette sidste fik hun en kontraktur i højre overekstremitet, og denne kontraktur interesserede alle artikulationer, saa at fingrene holdtes krampagtig flekterede ind i haanden, medens armen iøvrigt var saa stærkt ekstenderet baade i albu og skulderled, at man selv med anvendelse af en meget betydelig kraft ikke kunde hæve kontrakturen. Efterhaanden opstod der en lignende tilstand i begge underekstremiteter, hvis forskellige led var som ankyloserede, navnlig fod- og knæled var det ganske umuligt at rokke, og naar hun gik, gik hun som med et par stylter. Hun havde gentagne gange været hypnotiseret med det resultat, at kontrakturen i underekstremiteterne momentvis var hævet. Da hun kom ind paa kliniken havde hun et gazebind stukket ind i den højre haand, for at den stærke kontraktur ikke skulde give anledning til, at neglene borede sig ind i vola; men efter at jeg foruden kontrakturen havde konstateret den saa ofte tilstedeværende kvadrantanalgesi paa højre side, og hele tilstanden jo ikke lod nogen tvivl tilbage om, at det drejede sig om en hysteri, fjærnede jeg bindet og indledede den psykiske behandling, som jeg altid anvender overfor disse patienter. Jeg søgte at gøre hende forstaaeligt, at det i virkeligheden var hendes hjærne og ikke hendes muskulatur, der var lidende, nævnte hende eksempler paa de hundreder af forhold, hvor vor psyke behersker vore organiske funktioner, paaviste hende, hvorledes det altid havde været en sindsbevægelse af en eller anden art, der havde givet anledning til de forskellige symptomers opstaaen, og hvilken indflydelse hendes humør havde paa kontrakturernes tilstand. Og lidt efter lidt fik jeg hende overbevist, fik først lov til at foretage smaa passive bevægelser af ekstremiteterne, og overtalte hende derpaa til selv at bevæge først skulderledet (der var blevet sidst angrebet) ved at angive hende, hvilke muskler hun skulde kontrahere, og ved at lade hende foretage bevægelsen først i den sunde skulder-

artikulation, saa bar jeg mig ad paa samme maade med albuen, fingre og underekstremitetens artikulationer; og i løbet af ti dage bragte jeg hende saa vidt, at hun spiste og skrev og syede med højre haand, ligesom hun ogsaa gik paa naturlig maade og var i stand til baade at staa paa tæerne og sætte sig paa hug. De maa imidlertid ikke tro, at jeg betragter denne patient som helbredet, skønt de symptomer, for hvilke hun er kommet under behandling, og som for lægfolk dannede det eneste iøjnefaldende patologiske ved hende, er hævet. Jeg tvivler heller ikke om, at én hypnotisk behandling tilsyneladende kunde have udrettet det samme, selv om jeg rigtignok mener, at den behandlingsmaade, jeg har anvendt, yder ganske andre garantier for, at tilstanden holder sig, fordi det ikke er uden om, men ved hjælp af patientens egen vilje, at kontrakturen er hævet. Men naar jeg ikke anser hende for helbredet, saa ligger det i, at hele hendes psykiske tilstand var saa apatisk, hendes følelsesliv saa afstumpet, hendes interesse for omgivelserne, sig selv og sin fremtid saa falmet, at hun erklærede, at hun havde belavet sig paa for lange tider at ligge hen paa denne maade, og hun var saa selvopgivende og ligeglad med alt, at jeg tror, hun havde været i stand til at gennemføre det. Men før hele denne almen psykiske tilstand er hævet, anser jeg selvfølgelig ikke patienten for helbredet, og jeg er ganske paa det rene med, at den tid, der vil gaa med til at give hende mod paa og lyst til at tage fat paa livet igen, og bringe hende til at forstaa, at hun maa ruste sig mod alle de smaa og store rifter og stød, som livet giver, paa endnu mere omhyggelig maade end de, hvis nervesystem er mere robust end hendes, at hun maa øve sig i at sætte haardt imod haardt og ikke straks give sig over, naar livet gaar hende imod, vil vare adskillig længere, end det har varet at hæve hendes kontrakturer.

Lad mig nævne Dem et andet eksempel, som i sin slags ogsaa er typisk. Et af de organer, til hvilke nervøse men-

nesker hyppigt lokaliserer deres abnorme sensationer, er underlivet. Det er jo en landskendt sag, hvilken rolle mavesorger spiller i nervøse menneskers tilværelse. Det er ofte de mest utrolige beretninger, disse patienter debiterer, naar de f. eks. paastaar, at de i fjorten dage ingen afføring har haft, eller taler om det besvær og den uro og kval, de føler overalt i underlivet, ryggen og hovedet, hver gang de har spist. Jeg vil raade Dem til altid, naar Deres nervøse patienter klager over fordøjelsesbesværligheder, da at kontrollere deres afføring, aldrig lade dem gaa paa W. C., men til stadighed lade dem bruge bækken. Jeg har haft eksempler paa, hvorledes baade patienten selv og hans familje og læge har paastaaet, at han led af en igennem mange aar fortsat haardnakket obstipation, og hvor det har vist sig, at et glas bittervand om morgenen var tilstrækkeligt til i begyndelsen at holde maven fuldstændig i orden, og senere hen virkede den uden kunstige midler. Naar en saadan eller lignende omstændighed er til stede, saa maa De ikke undlade at drage Dem den til nytte ved Deres psykiske behandling af patienten.

Hos den patient, jeg vil omtale for Dem, drejede det sig imidlertid om noget andet, nemlig om brækninger. Hun havde i seks aar lidt af opkastninger af en ganske ejendommelig art, idet det altid kun var hovedmaaltiderne, hun kastede op, hvorimod hun imellem disse gik og spiste frugt og nødder, chokolade og lignende, uden at faa brækninger. Opkastningerne kom snart umiddelbart efter maaltiderne, snart en halv eller hel time efter, de var ikke ledsaget af kvalme, men derimod af en sammensnørende fornemmelse i epigastriet og bag sternum. Denne patient havde konsuleret et utal af læger og var tilsidst havnet hos prof. *Lorentzen,* der, da han mente, der maatte ligge en hysteri bag ved, bad mig om at se paa hende. Hvad der først slog en, naar man saa patienten, var, at hun trods sine mangeaarige brækninger var i upaaklagelig ernæringstilstand, men

endvidere viste det sig, at hun havde en næsten total hyperalgesi, ikke blot af huden, men ogsaa af de dybere dele; der var endvidere udtalt ovari, en karakteristisk funktionel tremor og enkelte mere koreiforme bevægelser af baade arme og ansigt. Jeg begyndte med at seponere alle mellemmaaltiderne, og at foreholde patienten, at da hendes fordøjelsesorganer intet fejlede, da den form, hendes brækninger havde, slet ikke lignede den, der plejer at opstaa ved ventrikelsygdomme, og da de øvrige symptomer, hun frembød, var gamle kendinge ved hysterien, saa maatte hendes opkastninger ogsaa være rent nervøst betingede, hvorfor hun med lidt anstrængelse og øvelse maatte kunne lære at beherske dem. Endvidere mødte jeg hver dag ved middagen, faradiserede til at begynde med hendes oesofagus, overværede hendes maaltid og bragte hende i løbet af et par uger saa vidt, at hun kun en enkelt gang kastede sin mad op. Da det imidlertid viste sig, at hun for hver ny patient, der kom ind paa kliniken, fik tilbagefald, fordi hun stadig maatte berette om alle de genvordigheder, hun havde gennemgaaet, og saaledes stadig fikserede sin opmærksomhed om sine forskelligartede sensationer, fik jeg hende overflyttet til hospitalet, isolerede hende, og under fortsat psykisk behandling lykkedes det i løbet af to maaneder at helbrede hende. Jeg siger helbrede, fordi hun nu i halvtredje aar har kunnet udføre en trættende og ansvarsfuld gerning uden at faa recidiv.

En tredje patient, der ligeledes kan gælde som type for en ret talrig gruppe indenfor de funktionelle neuroser, led af, hvad *Kraepelin* i sidste udgave af sin psykiatri har døbt med navnet „Erwartungsneurose". Hun hørte til en i høj grad disponeret familje, faderen led af en quærulantforrykthed, der absolut burde have været anstaltsbehandlet, om ikke af anden grund saa fordi hele hjemmet trykkedes og led under hans vrangforestillinger. En broder, som patienten holdt meget af, led af juvenil demens og to andre

søskende ligesom ogsaa moderen var i høj grad nervøse. Da patienten kom til mig havde hun omtrent et aar været under sagkyndig behandling uden nogen væsentlig forandring i tilstanden, og jeg forsøgte ogsaa selv til at begynde med en ambulatorisk behandling, under hvilken tilstanden blev værre. Og efterhaanden som jeg kom ind i de sørgelige forhold i hjemmet, og begyndte at forstaa, hvor stærkt de i mange aar havde taget paa hende, og hvor ængstelig hun navnlig var for, at en yngre broder skulde gaa samme vej som den ældre, blev det klart for mig, at jeg ingen vegne vilde komme, uden hvis jeg isolerede patienten. Hendes hovedklage var træthed og smærter i armene, hvilke symptomer hun selv henførte til overanstrængelse ved klaverspil. Der var imidlertid intet, der mindede om den sædvanlige form for spillekrampe, og det viste sig ogsaa, at den apparente parese og smærterne ikke paa nogen maade var særlig knyttet til klaverspillet, men den ringeste brug af hænderne gav anledning til en smærtefuld træthedsfornemmelse, der gjorde de simpleste handlinger til en lidelse for hende, saa hun, da hun blev indlagt, næppe kunde sætte sit haar selv eller vaske sig. Og undertiden var det ikke alene handlingen, men blot forestillingen om, at hun om lidt skulde bruge armen, som var nok til at skabe smærterne og trætheden. Hun var efterhaanden bleven næsten fuldstændig ubeskæftiget, hun kunde ikke sy, ikke skrive, ikke en gang læse en bog, fordi det at vende bladene var hende en lidelse; naar man kom ind til hende, sad hun med hænderne i skødet, og hele den slappe, hængende maade, hvorpaa hun holdt sine arme, som var de et par døde genstande, der kun var hende til gène, gav hendes holdning et ganske ejendommeligt præg. Der fandtes ved den objektive undersøgelse intet som helst, der tydede paa en organisk lidelse, og der var heller ingen hysteriske stigmata. Derimod fandtes der, som saa ofte hos disse patienter, en let psykisk depression, der hjalp til at fæstne den forestilling

hos hende, at hun var ganske uhelbredelig. Det eneste „hun havde tro til“ var en hypnotisk behandling, og skønt *Kraepelin* anbefaler hypnosen varmt ved disse forventningsneuroser, saa vægrede jeg mig dog ved at anvende den og forsøgte paa at gøre patienten forstaaelig, hvorfor jeg ikke vilde. Derimod indledede jeg en psykisk behandling, idet jeg foreholdt hende, at lidelsen slet ikke skyldtes en overanstrængelse ved for meget klaverspil, men var rent psykisk betinget og var fremkaldt og vedligeholdt dels gennem hendes nervøse temperament og dels gennem de oprivende forhold, hvorunder hun saa længe havde levet. Og lidt efter lidt lykkedes det gennem overtalelser og forsigtig øvelsesterapi at give hende mere tillid til og tro paa denne opfattelses korrekthed, hvad der her som næsten altid ved behandlingen af neuroserne blev i høj grad understøttet af den omstændighed, at man næsten altid ved de smaa svingninger, der forefaldt i dagens løb eller fra dag til dag, kunde paavise en tilsvarende svingning i patientens psykiske befindende og meget ofte kunde paavise en direkte psykisk aarsag baade til forværrelserne og bedringerne. Og i løbet af ca. 4 maaneder var patienten saa flink, at jeg udskrev hende dog ikke til hjemmet, men til en familje, der havde forstaaelse af hendes tilstand; og herfra kom hun saa efter et halvt aars forløb hjem. Jeg har set patienten flere gange senere og sidst fem fjerdingaar efter udskrivningen, og hun har atter optaget sin musikpassion og sporer kun ganske undtagelsesvis, naar hendes humør er paavirket, eller noget er gaaet hende imod, svage mindelser af sin tidligere træthed.

Endnu en patient vil jeg omtale for Dem, dels fordi den type, hun hører til, er saa overordentlig almindelig, dels fordi disse patienter er saa vanskelige at behandle. Det drejer sig om en 40aarig gift frue, som lever og altid har levet under de allergunstigste og tilsyneladende mest lykkelige forhold. Hun hører til en nervøs slægt, og har selv

hele sit liv igennem lidt af en sværm forskelligartede og forskelligt lokaliserede nervøse symptomer. Efter en operation forværredes hendes tilstand betydeligt; hun kunde ikke taale den mindste anstrængelse, fik hjærtebanken ved enhver bevægelse, trak sig ganske tilbage fra sin omgang, fordi fremmed selskab og samtale trættede hende. I hjemmet boede hun mest i sin egen stue, sendte børnene og manden bort, naar de kom for at spørge til hende; hun fik indvendig rysten og nerverne „rejste sig", naar hun skulde tænke paa noget, og i løbet af et godt aars tid udviklede der sig en tilstand, der nærmede sig den hypokondre form for visse psykoser, hun var saa optaget af og saa indlevet i udelukkende at beskæftige sig med sig selv og sine tusinde nuancerede organfornemmelser, og paa den anden side saa fordringsfuld i de hensyn, hun krævede af sine omgivelser, og saa tyrannisk i de opmærksomhedskrav, hun stillede til dem, at hjemmet og hendes omgivelser led i høj grad under det.

De ved, at Janus, det nye aars guddom havde to ansigter, et, der saa tilbage mod fortiden, og et, der saa fremad mod den tid, der skulde komme. Og hos normale mennesker er det netop det gensidige, afstemte sammenspil mellem disse to, imellem det blik, der samler erfaringerne og erindringerne, og det, der ser fremad mod de nye maal og de nye opgaver, der danner personligheden og bringer støbning i den enkeltes tilværelse. Men hos mange af de patienter, jeg taler om, er øjnene paa ansigtet, der vender fremad, ligesom blindet. De er utrættelige og uudtømmelige i deres dvælen ved fortiden, de kan deres symptomer paa deres fingre, de kender dato og ofte klokkeslet paa, hvornaar det eller det symptom først viste sig, og de kender paa en prik kronologien for svingningerne og forværrelserne i deres forskellige sensationer. Det vil ofte blive Deres opgave at vende disse patienters blik fremad. Og hos den patient, jeg lige nævnede for dem, lykkedes det

ogsaa gennem en deriverende psykisk behandling lidt efter lidt at faa hendes mange sensationer til at svinde og samtidig vække hendes interesse for de opgaver, hun i saa lange tider havde forsømt og ganske glemt. Men De maa ikke tro, det altid lykkes for os. Der er patienter, der i den grad behager sig i den omsorg og den ængstelse, deres sygdom vækker hos omgivelserne, patienter, der mere eller mindre bevidst benytter deres lidelser til at koncentrere deres nærmestes opmærksomhed om sig, der fra deres chaiselongue fører et rædselsregimente, hvis fornemste straffe er de ,,migræneanfald" eller de „rystelser", der uvægerligt indfinder sig, hver gang der forsøges selv den svageste opposition eller det ringeste oprør mod deres ønsker. Jeg mindes fra kliniken en patient af denne art, som jeg i halvtredje maaned hærsede med, og som, da hun blev skrevet ud, var akkurat lige saa daarlig, som da hun kom ind. Jeg har senere hørt, at hun i et halvt aar efter førte den samme tilværelse, der skiftede mellem en sofa og en rullestol, indtil en søster til hende skulde have bryllup i Jylland; hun fik lyst til at overvære dette og begyndte en passende tid i forvejen at blive bedre, rejste derover, dansede hele natten, var livlig og interesseret, men kort tid efter hjemkomsten vendte den tidligere tilstand tilbage. De vil forstaa, hvor vanskelig behandlingen af den art patienter er, forstaa hvilken utrættelighed og opfindsomhed, der kræves, for at træffe netop de strænge, der skal sættes i bevægelse, for at faa dem til at ville vende tilbage til livet, og hvor svært det er at holde helbredelsen oppe, hvilken mildhed og hvilken ubøjelighed, der kræves, for at det skal lykkes.

Det, jeg her har nævnet for Dem, er jo kun eksempler, som jeg kunde variere og supplere mangfoldigvis. Hvad jeg derimod ikke kan lære Dem, er den — om jeg saa maa sige — manuelle færdighed ved psykoterapien, det er de ord, De skal bruge, det væsen, der kræves, den optræden, der i hvert enkelt tilfælde er nødvendig, for at Deres psy-

kiske behandling skal lykkes. Og det ligger dels deri, at hvert enkelt tilfælde i saa henseende kræver sin egen teknik, dels deri, at vor egen formaaen har sine grænser, saa det, der ikke lykkes for den ene læge, lykkes for den anden, fordi de midler, der staar til hans raadighed, netop har den nuance, som den andens manglede.

Men nogle vink til vejledning kan jeg dog give Dem, og navnlig er der nogle farer ved denne form for terapi, som De maaske vil henfalde til, hvis De ikke straks fra begyndelsen er gjort opmærksom paa dem. Som jeg flere gange har sagt Dem, er forudsætningen for et gunstigt resultat af Deres psykiske paavirkning, den, at patienten bliver klar over, at hans symptomer er psykisk betingede, og at han for en stor del selv er herre over den grad og det udtryk, de antager. Undertiden volder det ingen som helst vanskeligheder, mange af disse patienter, der maaneder, maaske aar igennem, er blevet behandlet for de mest forskellige sygdomme, har ofte selv haft en fornemmelse af, at det var deres centralnervesystem, der var lidende, og en rolig, populært formet redegørelse for det psykiske moments altovervejende betydning i deres lidelse, ligesom løser en bunden tanke hos dem og gør dem straks til ivrige allierede for deres bekæmpelse. Hos andre er sagen ganske anderledes vanskelig, og vor overtalelseskunst bliver ofte stillet paa en svær prøve. Der er patienter, for hvem den tanke, at deres smærter eller forskellige sensationer skulde bero paa en mer eller mindre bevidst sjælelig akt, staar som noget saa fremmed, at de protesterer mod at akceptere en saadan opfattese. „De vil virkelig helst være fri for at være lamme, eller stumme, eller føle det ubehag i hjærtet, der stadig piner dem“ og „hvis det stod til dem, vilde de have været raske for længe siden“. Overfor det store flertal af disse patienter gælder det som regel kun om at have taalmodighed. Der forefalder næsten daglig smaabegivenheder og svingninger i patientens befindende, og De vil som regel

ved ganske objektivt og konsekvent at paavise, hvilken kapital rolle selv de mindste psykiske paavirkninger har, efterhaanden faa disse patienter overbevist. Hos andre er det frygten for, at man skal opfatte deres symptomer som villede eller simulerede, der afholder dem fra at gaa ind paa psykogenesen til deres symptomer. Der er saa ofte før, baade i tide og utide rettet den i al taaget almindelighed formulerede opfordring til dem, om „at tage sig sammen" eller „beherske sig", saa de kun bliver irriterede og trodsige, naar den samme opfattelse gøres gældende overfor dem, selv om det sker under en anden form. Hos en tredje kategori af patienter endelig er det tilliden, det skorter paa. Det hænder ikke sjældent, at patienterne i den første tid indtager en mer eller mindre udtalt en garde stilling overfor lægen. De føler sig fornærmede over den strænge isolation, begriber ikke nytten af de forholdsregler, der kræves iagttaget, og forholder sig afvisende overfor den stillede appel til deres egen medvirken ved symptomernes bekæmpelse. Det første, De har at gøre ved disse som ved alle Deres patienter, er at foretage en systematisk undersøgelse baade af deres nervesystem og øvrige organer. Og De skal gøre det, dels for Deres egen skyld, fordi De aldrig vil kunne drive Deres psykoterapi med den fynd og den overbevisning, som er nødvendig, saalænge der kan være selv den svageste tvivl i Deres sjæl om, hvorvidt der ikke ligger en eller anden organisk aarsag bag ved symptomerne; dels skal De gøre det, fordi intet vækker patienternes tillid og gør dem trygge, som en saadan gennemført undersøgelse, der intet springer over, og intet synes at kunne overse. Men desuden vil den omstændighed, at de forskellige former af funktionelle neuroser ofte ligner hinanden saa forbløffende, at de forskellige patienters terminologi ofte er ganske ens, hjælpe Dem i Deres bestræbelse for at komme i rapport til Deres patienter, idet De ofte kan foregribe deres beskrivelse og udmalen af et symptom, ved

selv at angive dets optrædelsesmaade og yttringsform, hvad der i mange tilfælde giver patienten indtrykket af, at han er blevet forstaaet. De maa derfor heller aldrig narre Deres patienter; det er ofte tilfældet, at nervøse mennesker i udpræget grad er mistroiske, og faar de indtrykket af, at de ikke kan stole paa Dem, saa trækker de sig ind i sig selv, og De er sikker paa at have tabt spillet.

De maa heller aldrig konversere Deres patienter; den tid, De taler med dem, skal de have indtrykket af, at det er en gennemtænkt og vel tilrettelagt behandling, de er underkastet. Og De maa derfor aldrig lade patienten dirigere samtalen. Selv om De lader dem tale om og fordybe sig i deres forskellige symptomer, saa skal det dog altid være Dem, der er den ledende, Dem, der tvinger patientens forestillinger bort fra visse baner og ind i andre. Og her er der to momenter, der er af den største betydning. Det ene er, at disse patienters opmærksomhed saa overordentlig hurtig trættes, og saa snart De mærker, at opmærksomheden flyder ud, skal De afbryde behandlingen, og det er derfor nødvendigt navnlig i behandlingens begyndelse at gøre seancerne korte, men at gentage dem hyppigt. Det andet moment er den betydning og den værdi, som gentagelsen har ved al psykisk behandling. Jo hyppigere De vækker bestemte forestillingsrækker i patienternes hjærne, desto fastere fikseres de, og desto lettere fremkaldes de. Og derfor skal De heller ikke genere Dem for gang efter gang og dag efter dag at indprente og lade patienterne gentage og indøve bestemte psykiske forestillingsrækker. Psykoterapien er jo til en vis grad ikke andet end en overførelse af den øvelsesterapi, der i det sidste decennium har fejret saa store triumfer ved flere forskellige lidelser i centralnervesystemet, paa det psykiske omraade.

Der er endnu et forhold, jeg maa omtale for Dem, og det er den maade, hvorpaa De skal møde en begyndende bedring hos patienten. Hos nogle gælder det om at drage

hvert nok saa lille fremskridt ud i fuld belysning, stadig at pointere bedringen og understrege forskellen mellem før og nu. Det er navnlig hos de patienter, hvor det depressive moment er stærkt udtalt, de trænger til og forlanger en stadig bekræftelse paa den fremgang, de selv næppe tør tro paa, men som de dog haaber saa stærkt paa. Hos andre er forholdet ganske forskelligt, det er hos de patienter, hvor hvert fremskridt, navnlig i begyndelsen, saa at sige paatvinges dem mod deres vilje og uden at de selv rigtig ønsker det. Overfor disse patienter tror jeg ofte, det vil være klog politik at være noget reserveret i sin fremhæven af bedringen. De skal langt hellere søge at ægge patienten til selv at pointere den, og hvis det lykkes for Dem, saa skal De holde ham til ilden, faa ham til at præcisere, hvori bedringen bestaar, tvinge ham til at uddybe den forskel, han føler, mellem før og nu; forhold Dem, om det skal være, lidt skeptisk overfor hans forsikringer, søg at gøre ham ivrig, at faa forestillingen om fremgangen saa stærkt følelsesbetonet som muligt, lad det i det hele faa udseendet af, at det er ham, der skal overbevise Dem, for alt medens han anstrænger sig derfor, overbeviser han sig selv og fikserer denne overbevisning i sin bevidsthed.

Der er ved den psykiske behandling af neuroserne et forhold, som jeg ikke kan lade uomtalt. De ved, at for en stor række af disse patienter spiller foruden et medfødt anlæg et eller andet psykisk traume en meget væsentlig rolle ved opstaaelsen af disse lidelser. Undertiden har dette psykiske moment virket som en knyttet næve, der har slaaet patienten til jorden, og enten straks efter, eller lidt efter lidt, ofte efter en saakaldt période de méditation, optræder symptomerne. Men undertiden ligger det psykiske moment langt bedre gemt, og virker ikke ved sin pludselighed eller voldsomhed, men ved en gennem aar og dag fortsat gnavende og tærende vedholdenhed. Det er jo som regel de aller mest følsomme egne i bevidstheden, det gaar ud over, det er de

intimeste, de mest personlige, stærkest følelsesbetonede interesser, der har lidt skibbrud. Ofte har patienterne igennem aar og dag roligt bøjet hovedet uden en gang overfor sig selv at ville indrømme, hvor dyb den skuffelse eller hvor stærkt de forskelligartede vanskelige forhold har tæret og slidt paa dem. Det er imidlertid, for at Deres psykiske behandling skal faa nogen art, ganske nødvendigt, at De faar disse dybereliggende psykiske aarsagsforhold klarede; det er nødvendigt, dels fordi det er den eneste vej, hvorigennem De kan retlede Deres patient og faa den fulde forstaaelse af symptomernes genese og vækst; dels fordi De ellers ikke vil være i stand til, naar patienten er helbredet at lægge livet bedre til rette for ham og fjærne eller i alt fald mildne de farer, der truer med at fremkalde et recidiv. Hvorledes De skal vinde Deres patienters fortrolighed, saa at de aabner deres hjærte for Dem og betror sig til Dem, kan jeg ikke lære Dem, her maa De sætte hele Deres ræsonnement, al Deres takt og viden og menneskekundskab ind. I det store flertal af tilfældene skal De ikke haste, efterhaanden som De vinder Deres patients tillid, vil han lidt efter lidt aabne sig for Dem, og en dag vil hele det ofte indviklede væv af forskellige psykiske paavirkninger, hele den ofte barnlige, ofte klodsede og ubehjælpsomme maade, hvorpaa han har mødt sin modgang, alle de krogveje og misforstaaelser og taabeligheder, der i forening med de reelle sorger og bekymringer har dannet jordbunden for den psykiske misère, staa ganske klart for Dem, og blive vejledende og afgørende for den form af psykoterapi, De vil anvende.

De maa imidlertid ikke tro, at De altid vil kunne nøjes med overtalelsen og øvelsen. De vil i Deres fremtidige praksis sikkert komme til at møde tilfælde, hvor De bliver nødt til at rynke brynene og slaa i bordet for Deres patienter, tilfælde, hvor De uden betænkning skal læse dem teksten og ganske hensynsløst foreholde dem den store an-

del, de selv har i, om behandlingen lykkes. En saadan sucreret brutalitet, forstandig doseret og anvendt paa det rette tidspunkt af en psykisk behandling, kan ofte bringe patienterne over et dødt punkt i deres sygdom og bringe dem til at tage deres energiløshed fangen.

Hvad jeg her har sagt Dem, har i følge sagens natur kun kunnet være rent fragmentarisk. De synes maaske endog, at meget af det er saa selvfølgeligt, at det nærmest kommer ind under det banale, men jeg kan forsikre Dem, at der daglig, til stor skade for patienterne, begaas de allergroveste synder mod disse rent elementære psykoterapeutiske grundprinciper. At der imellem Dem er enkelte, for hvem hele dette behandlingsprincip staar som noget fremmed og uforstaaeligt, det kan dels ligge deri, at en eller anden af Dem hører til den kategori af læger, som *Dejerine* omtaler i fortalen til den monografi, jeg før nævnede, og hvor han siger: „J'ai vu quelques esprits distingués essayer vainement l'emploi de la psychothérapie", dels deri, at i vore dage staar jo modet og den blanke klinge for mange unge læger som al lægegernings alfa og omega. For dem vil den taalmodighedsgerning, den psyko-fysiologiske sjælesorg, som psykoterapien jo er, altid staa som noget dem uvedkommende. Men til Dem har jeg heller ikke talt i aften; thi for at psykoterapien skal lykkes, maa man selv være overbevist om dens fortræffelighed, man maa være skælvende interesseret i for hvert enkelt tilfælde at træffe den rette fremgangsmaade, at fordybe sig i og lære at beherske metoden i alle dens afskygninger.

KORSAKOFFS PSYKOSE.

MINE damer og herrer! Et af de forhold, hvorpaa man bedst mærker, at VI. afdeling er det første, om end kun midlertidige opholdssted for største delen af de mennesker, der i en stor by enten rent forbigaaende eller for stedse kastes ind over sindssygdommens grænse, er den rigdom paa alkoholiske sindssygdomsformer, vi ser herinde. Det er vel næppe for meget sagt, at forsvandt alkoholismen fra København, vilde afdelingen her være altfor stor, og de aarlige indlæggelser, i alt fald for mandssidens vedkommende, gaa ned med halvdelen.

Jeg vil i aften ud af alkoholismens brogede klinik fremdrage en enkelt klasse af patienter, hvis symptomer i de udprægede tilfælde er saa karakteristiske, at De umuligt kan miskende dem, naar De undersøger omhyggeligt.

Den patient, som De her ser komme stavrende ind, har ligget paa afdelingen i godt og vel en maaned. Han er 47 aar og har i lange tider drukket tæt. Han blev indlagt paa en af hospitalets medicinske afdelinger under diagnosen miseries, men da han blev urolig, kastede sengehesten paa gulvet og stadig forlod sengen, blev han overflyttet hertil under diagnosen delirium tremens. Det viste sig imidlertid snart, at om det almindelige alkoholiske delirium kunde det ikke dreje sig. Ganske vist var patienten noget agil og fuldstændig desorienteret, mente saa-

ledes, han var paa landet hos sin søster, hvor han var taget ud „for at drive jagt og fiskeri“, men dels var han ikke hallucineret, og dels svandt hans uklarhed ikke, selv da han havde sovet, saa den kritiske søvn, der er saa karakteristisk for det store flertal af delirister, udeblev. Han var og blev fremdeles lige desorienteret og vrøvlende, om end hans agitation nu er svundet.

Hvis vi for at naa til klarhed over omfanget og arten af denne patients sjælelige lidelse examinerer ham noget nærmere ud, saa viser det sig først, at hans *orienteringsevne* er i høj grad defekt. Han har, som De hører, en ganske forkert opfattelse af sit nuværende opholdssted, han mener at være i „stokhuset“, i morges var han i „den gamle kancellibygning“.

Denne stedlige desorienterthed er et symptom, som forekommer ved en hel række af de mest forskelligartede psykoser. Vi ser det vel nok hyppigst under det alkoholiske delirium, hvor det hører til undtagelserne, at patienterne ikke forlægger skuepladsen for deres delirier til et ganske andet sted end den sygestue, hvor de i øjeblikket færdes, det højeste, de driver det til, er at indrømme, at de i gaar eller for et par timer siden har forladt hospitalet. Vi ser det ved de forskellige former af senile psykoser, hvor patienterne tosser omkring, uden at ane, hvor de er, kun drevet af deres for dem selv ofte ganske uforklarlige uro og trang til at komme et andet sted hen, hvorfor de dagen igennem gaar fra dør til dør og vrider i haandtaget, eller tigger enhver forbigaaende om at være sig behjælpelig med at komme bort. Vi ser det ved de forskellige former af forvirring, hvor det jo er reglen, at omgivelserne miskendes paa det groveste, og patienten selv digter de fire nøgne vægge om til paladser eller store skove, og hvor deres personforvekslinger og hallucinationer befolker disse steder med ganske imaginære personer. Men selv i de former for sindssygdom, hvor orienteringsevnen sædvanligvis plejer at

være uskadt, hænder det nu og da, enten at den stemningsanomali, der findes hos patienten, er saa dyb og indgribende, at den influerer paa hans opfattelse af omgivelserne, eller ogsaa at hans forestillingsliv er saa behersket af ganske bestemte vrangideer, at selv om apperceptionen foregaar paa normal vis, saa undergaar den under den videre bearbejdelse i den syge hjærne saadanne forandringer og forskydninger, at resultatet bliver en mere eller mindre gennemgribende miskendelse af omgivelserne. Det er saaledes ikke helt sjældent, at man ved melankolien, hvor orienteringsevnen som regel er vel bevaret, finder patienter, der ledet af den ulykkefølelse, den forestilling om egen nedværdigelse og skyldighed og drevet af den angst og forventningsaffekt om en forestaaende ulykke, der behersker dem, paa det bestemteste nægter, at de er paa et hospital. „Nej, de er i fængsel, eller ligger i en aaben begravelse, eller er blevet kaserneret i et bordel; de ved nok, hvad der venter dem, det er pænt nok, at man vil trøste dem, men om et øjeblik vil de blive hentet til pinebænk eller rettersted“. Det hænder ogsaa, at forrykte patienter miskender omgivelserne, at de forledt af deres forfølgelsesforestillinger og hallucinationer paa det ivrigste nægter at anerkende, at det sted, de er paa, er et hospital; de „ved nok, hvilket slags hospital det er“, og er ikke dummere, end at de nok har gennemskuet, „at det hele er komediespil.“

Der er derfor næppe nogen tvivl om, at her ligesom ved saa mange andre symptomer i psykiatrien er den psykopatologiske motivering af symptomet i høj grad forskellig.

Ogsaa overfor personer viser vor patients mangel paa orienteringsevne sig. Skønt han har set mig adskillige gange daglig i den tid, han har været herinde, erklærer han under mange generte buk og undskyldende talemaader, at han nok kender mig „af anseelse“, men „ikke erindrer“, hvor han sidst saa mig. I formiddags mente han, jeg var

assessor, og i morgen titulerer han mig maaske, hvad den hvide frakke saa ofte forleder vore alkoholister til, hr. barber. Han husker aldeles ikke, hvornaar han sidst saa mig, skønt det næppe er en halv time siden, jeg talte med ham. Nævner man et firciffret tal for ham og lader ham gentage det og indprenter ham at huske paa det, saa har han fem minutter efter ikke alene glemt tallet, men han mindes aldeles ikke, at han overhovedet er blevet opfordret til at huske noget. Og viser man ham et billede, der forestiller forskellige dyr paa en mark, har han ganske kort tid efter ingensomhelst erindring af det sete. Som De hører, mener han at være kommet ind paa afdelingen for nogle timer siden. Han foreslaar 1999 eller 1990 som det aarstal, vi skriver, aner intet om maaned og ugedag, og ofte hænder det, at han heller ikke kan orientere sig i døgnet, men klæder sig af midt paa dagen, fordi han tror, det er sengetid, ligesom han ogsaa gentagne gange har rekvireret middagsmad ganske kort tid, efter at han har spist. Skønt han i og for sig forstaar, hvad man siger til ham, retter sig efter de opfordringer, man giver ham, og synes at have en dunkel forestilling om sin psykiske defekt, idet han ved hjælp af intetsigende talemaader eller tomme udflugter søger at komme udenom de konkrete spørgsmaal, man retter til ham, saa er det dog umiskendeligt, at alt, hvad der foregaar om ham, kun rent momentant indvirker paa hans bevidsthed, hvorfra indtrykket forsvinder som fra et spejl, saasnart billedet fjærnes.

Men De vil sikkert trods patientens manglende orienteringsevne, trods hans manglende hukommelse og de over maaneder sig strækkende lakuner i hans erindring, dog have lagt mærke til den uanfægtethed, hvormed han besvarer alle de spørgsmaal, der rettes til ham og den overbevisende tiltro, han selv synes at nære til sine beretningers paalidelighed. Dette fænomen som en tid lang gik for at være et karakteristisk træk i disse patienters psykiske

habitus, giver sig særligt udtryk i patienternes *fabuleren.* Spørger De vor patient om, hvor han tilbragte dagen igaar, saa hører De, hvorledes han uden at betænke sig et øjeblik fortæller, hvorledes han i selskab med hr. og fru Petersen, der stadig spiller en stor rolle i hans beretninger, først tog med toget til Helsingør og derfra lejede en vogn og kørte ud i landet, spiste og drak og sang og morede sig udmærket. Dagen i forvejen var gaaet ganske fredeligt med drikken, spisen og læsning i illustrerede blade, om aftenen havde han været i arbejderforeningen af 1860, hvor der var aftenunderholdning. Han kan ikke tydelig huske navnene paa de optrædende personer, men er meget ked over, at de kunstnere — hvis navne han iøvrigt heller ikke kan huske — som han helst vilde have set, udeblev, men han smiler dog tilfreds ved tanken om den dame, han hørte synge viser, og meddeler, at han ogsaa ved den lejlighed traf den obligate familje Petersen. De hører, med hvilken tilforladelighed i tonen, med hvilken sikkerhed og selvfølgelighed, han debiterer disse historier, og De vil sikkert have forbavset Dem over, hvilken kærlighed til detaillen, der præger hans fremstilling, hvorledes han er i stand til paa det nøjagtigste at angive, hvilke klæder de forskellige personer havde paa, og hvorledes hans dvælen ved ganske intetsigende smaatræk giver hans fremstilling et præg af virkelighed, som synes at udelukke muligheden af det rene fantasteri. Det er naturligvis ogsaa umuligt at afgøre, hvormeget af det fortalte der beror paa reminiscentser fra virkelige oplevelser, og hvormeget paa patientens trang til fabuleren. At det sidstnævnte moment imidlertid spiller den altovervejende rolle, derfor taler dels patientens gennemgribende hukommelsessvækkelse paa alle de omraader, hvor det er muligt at kontrollere ham, dels den lethed, hvormed man gennem suggestion kan modificere og forandre retningen i hans beretninger, og endelig, at

han ligesaa hurtigt har glemt den oplevelse, han lige har digtet, som alt andet.

Der er endnu et træk ved denne patients fabuleren, jeg vil gøre Dem opmærksom paa, og det er, at han saa godt som aldrig spontant producerer sine historier, men at der kræves en impuls udefra i form af et spørgsmaal eller lignende for at sætte ham i gang og for at holde ham i gang. Hos nogle patienter af denne art behøves noget saadant ikke, de meddeler ganske uopfordret, hvad de mener, der er passeret dem. Denne uproduktivitet skyldes — hvad der for prognosen af tilfældet er af stor betydning — patientens *demens*. Overladt til sig selv gaar han omkring paa afdelingen, skikkelig og sløv i hele sin desorienterthed, uden noget ønske, udover det at faa sin mad, uden at forlange sig udskrevet eller yttre nogen forbavselse over at være her, han gaar omkring, som mener han at skulle tilbringe resten af sine dage her.

Hvad der i psykisk henseende karakteriserer vor patient, er dels en udpræget desorienterthed, dels en meget udtalt amnesi og en forvanskning af erindringsbillederne, der giver anledning til den saa stærkt iøjnefaldende fabuleren. Men foruden disse psykiske symptomer findes der ogsaa somatiske, som danner den anden komponent i det sygdomskompleks, som *Korsakoff*[1]) først har beskrevet.

De lagde sikkert mærke til den usikkerhed, der prægede patientens gang, da han kom herind. Og søger vi nærmere at analysere hans gangforstyrrelse, saa viser det sig, at den kommer ind under den ataktiske; hans gang er bredsporet, fødderne kastes frem, løftes unødvendigt højt og sættes stampende mod jorden. Og naar De ser patientens underekstremiteter, vil De se, hvor magre de er, hvor tonusfattig og slap muskulaturen er. Naar dertil kommer en udtalt ømhed af muskler og nerver, ikke blot

1) Allg. Zeitschr. f. Psychiatri 1890. Arch. f. Psychiatrie Bd. 23.

paa underekstremiteterne, men ogsaa paa armene, og det endvidere viser sig, at der ikke er noget tegn paa tabes dorsalis, naar de manglende dybe reflekser paa underekstremiteterne undtages, saa vil De vel næppe være i tvivl om, at vor patient lider af en *polyneuritis* af den ataktiske type, af en pseudotabes alcoholica, idet hans kroniske alkoholisme maa gøres ansvarlig for disse neuritiske fænomener.

Det er denne kombination af ejendommelige, psykiske forstyrrelser, der ofte sammenfattes under betegnelsen „det amnestiske symptomkompleks", og en polyneuritis, der danner kærnen i *Korsakoffs* psykose. *Korsakoff* paastod imidlertid, at det ikke alene var den fælles symptomatologi, der berettigede til at samle disse patienter til en særlig sygdomsenhed, men ogsaa den fælles *patogenese.* Han mente nemlig, at det her beskrevne sygdomsbillede altid opstod paa toksisk, respektive toksisk-infektiøst grundlag. Ganske vist var alkoholismen den hyppigste aarsag til lidelsens opstaaen, men man fandt lejlighedsvis det samme symptomkomplex efter infektionssygdomme af forskellig oprindelse. Han foreslog derfor at kalde denne sygdom for *cerebropathia psychica toxæmica,* et navn, som dog ikke er slaaet igennem.

At *Korsakoffs* psykose kan opstaa paa ikke alkoholisk basis er sikkert nok. D'hrr., der færdes paa afdelingen, vil sikkert mindes en ældre, døv frøken, som for et aars tid siden blev indlagt paa officiantgangen, men som paa grund af sin uro maatte overflyttes til Pav. I. Hun havde kort tid før indlæggelsen gennemgaaet en influenzapneumoni, hvorimod der ikke fandtes blot det svageste holdepunkt for alkoholisme. Da hun kom herind, var hun fuldstændig desorienteret baade overfor omgivelserne og tiden. Hun anede ikke, hvem de personer var, der færdedes omkring hende; hendes hukommelse var i høj grad svækket, saa at hun til tider paastod, at hun midt paa dagen endnu intet havde faaet at spise, ligesom hun ogsaa havde glemt,

at der havde været nogen at besøge hende, en halv time efterat de var gaaet. Desuden fabulerede hun paa det livligste; hun berettede saaledes en dag om en operation, der dagen i forvejen var foretaget paa hende, en anden dag beskrev hun meget omstændelig en sejltur, hun havde foretaget den foregaaende eftermiddag. Endvidere var der tydelig polyneuritis med parese og ataksi af underekstremiteterne, stærkt nedsatte reflekser og tydelig ømhed af baade muskler og nerver paa alle fire ekstremiteter.

Vi har ogsaa et par gange truffet patienter med et ganske tilsvarende sygdomsbillede, hvor det syntes utvivlsomt, at lidelsen var opstaaet som følge af en autointoksikation fra tarmkanalen.

Men medens de tilfælde af *Korsakoffs* psykose, der opstaar enten som følge af en infektion eller autointoksikation er sjældne, saa er til gengæld de, der opstaar paa alkoholisk basis saa meget hyppigere, hvor hyppige, vil altid komme til at afhænge af, hvor stræng man er i sine fordringer til de forskellige symptomers renhed og styrke. Ti, som rimeligt er, findes der ganske jævne og umærkelige overgange fra *Korsakoffs* psykose til de andre baade akute og kroniske alkoholiske sindssygdomsformer. Det vil saaledes i mange tilfælde bero paa et rent skøn, om man vil indrangere de patienter, der lider af et *protraheret delirium*, under *Korsakoffs* psykose eller ej. Disse patienter kan ofte uger igennem holde sig uklare og desorienterede, deres erindringsbilleder er som regel taagede og upaalidelige, ligesom de ogsaa af og til viser en vis tilbøjelighed til at fabulere og frembyder mer eller mindre udtalte neuritiske fænomener. I de hurtigt forløbende tilfælde, det vil sige de, der kun varer en uge eller to, vil deliriet som regel være det mest dominerende i sygdomsbilledet, hallucinationerne være talrige og levende, agiliteten og tremoren udtalt. I de mere langsomt forløbende tilfælde er det kun i den første tid, at de for det alkoholiske

delirium typiske symptomer er mere fremtrædende, senere udviskes og svinder de, og sygdommen faar sin karakter fra symptomer, der i forskellige grader og nuancer genfindes ved de typiske tilfælde af *Korsakoffs* psykose.

Det hænder ogsaa, at der ved *Korsakoffs* psykose nu og da optræder vrangforestillinger. Snart og hyppigst er det forfølgelsesforestillinger af forskellig art, der dukker op i patientens bevidsthed og ængster ham, gør ham mistroisk og urolig; snart er det storhedsideer, ofte af den frodigste art, der behersker ham, saaledes at man til tider kommer til at tænke paa de *generelle paretikeres* megalomane forestillinger. Men altid er disse vrangforestillinger flygtige og usystematiserede, lidet præcise i deres udformning og vekslende i deres indhold.

Imidlertid findes der andre tilfælde, hvor vrangforestillingerne efterhaanden antager fastere og mere systematiserede former, og hvor det amnestiske symptomkompleks lidt efter lidt bliver blegere og til sidst ganske svinder. Det er disse tilfælde, der gennem en jævn og uafbrudt skala danner overgangen fra *Korsakoffs* psykose til de akute og kroniske *alkoholiske forrykthedsformer.*

Men endnu til en side fortoner *Korsakoffs* psykose sig ganske umærkeligt over i en tredje af de alkoholiske svækkelsestilstande, jeg mener i den *alkoholiske demens.* Det drejer sig i mange af disse tilfælde om patienter, der gentagne gange har haft delirium tremens, og for hver gang har de vanskeligere ved at arbejde sig ud af deliriet, for hver gang gaar der længere og længere tid, inden de naar til fuldstændig klarhed, og tilsidst bliver de hængende mer eller mindre dybt i en uhelbredelig demens. I en del af disse tilfælde drejer det sig om en simpel sløvelse af alle de psykiske funktioner, men hos andre genfinder vi i mer eller mindre udpræget skikkelse de ejendommelige baade sjælelige og somatiske symptomer, der karakteriserer *Korsakoffs* psykose.

De vil derfor forstaa, at *Korsakoffs* psykose er en aaben provins indenfor de alkoholiske psykoser, og at den har brede forbindelsesveje ud til de tre hovedrepræsentanter for alkoholisk sindssygdom, ud til det akute og kroniske delirium, ud til de akute og kroniske alkoholiske forrykthedsformer og endelig ud til den simple alkoholiske demens.

Men denne vanskelighed ved afgrænsningen af *Korsakoffs* psykose, er ikke noget for den ejendommeligt, den samme usikkerhed gør sig jo gældende overfor saa godt som alle de funktionelle lidelser af centralnervesystemet og er ikke i stand til at svække den fortjeneste, som *Korsakoff* har indlagt sig ved at fremdrage det symptomkompleks, som kendetegner denne psykose, og som i de udtalte tilfælde er saa let at erkende.

Imidlertid har der i aarenes løb rejst sig forskellige indvendinger mod berettigelsen til at opstille denne psykose som en sygdom sui generis, og disse indvendinger har dels taget sigte paa den rent kliniske side af sagen, dels paa den patogenetiske.

Et af de krav, der indenfor den moderne psykiatri er af den største betydning for spørgsmaalet om afgrænsningen af de forskellige sygdomsenheder, er det, der gaar ud paa at hævde ensartet forløb og ensartet terminalstadium for alle tilfælde af samme sygdomsgruppe. Lad os først se, hvorledes *Korsakoffs* psykose opstaar og forløber. I det store flertal af tilfældene indledes sygdomsbilledet af et akut stadium. Hos den kroniske alkoholist opstaar der pludselig en delirøs tilstand, der i et meget stort procenttal af tilfældene optræder under billedet af et typisk delirium tremens. Naar *Bonhøffer*[1]) mener sig berettiget til at skælne mellem fire forskellige former for prodromalstadier, et delirøst, et stuporøst, et mere langsomt forløbende og et, der aabnes med epilepti-

[1]) Die akut. Geisteskrankheit. d. Gewohnheitstrinker 1901.

forme kramper, saa er en saadan inddeling for saa vidt uden interesse, som den kun er et udtryk for den maade, hvorpaa det simple alkoholiske delirium sætter ind i forskellige tilfælde. Det er ingenlunde altid, at delirium tremens eksploderer i den hallucinatoriske forvirring, hvis ejendommeligheder De jo alle kender saa godt, og som *Pontoppidan*[1]) har givet en klassisk fremstilling af i en af sine forelæsninger. Vi kender her fra afdelingen meget vel den sjældnere stuporøse form for det alkoholiske delirium, ligesom det heller ikke er sjældent, at vore alkoholister ligger „paa mistanke“ i baade fire og fem dage, før deres delirium bryder ud; og at et simpelt delirium tremens kan indledes af epileptiforme kramper, er vi saa fortrolige med, at vi, hver gang en alkoholist kommer ind med ekklamptiske tilfælde, og selv om han de første dage skulde vise sig klar, dog altid venter et udbrud af delirium tremens og kun sjældent venter forgæves. Der er derfor intet paafaldende i, at initialsymptomerne ved *Korsakoffs* psykose kan arte sig forskelligt i de forskellige tilfælde, da denne psykose som regel begynder med psykiske forstyrrelser, der ikke lader sig skælne fra delirium tremens.

Men medens dette i løbet af nogle dage ender med en kritisk søvn, efter hvilken patienterne hurtig klarer op, saa fortsætter patientens uklarhed og forvirring sig ved *Korsakoffs* psykose, selv efter at han har sovet. Ganske vist svinder hallucinationerne som regel eller taber i alt fald betydelig i liv og styrke, agitationen hører op, tremoren og agiliteten svinder, men desorientertheden, den manglende evne til at erkende omgivelserne rigtig, den upaalidelige erindringsreproduktion, de store erindringslakuner og den stærke trang til fabuleren bliver mere og mere iøjnefaldende. I løbet af nogle maaneder plejer tilstanden, naar patienten udelukkes fra alkoholnydelse, at bedres.

[1]) Psykiatr. forelæsn. og studier 1895.

Han hører op med at fabulere, begynder at erkende omgivelserne rigtig, gør til at begynde med famlende, senere mere sikre forsøg paa at orientere sig i tiden, og fylder efterhaanden flere og flere af sine erindringsdefekter ud, om det end ofte sker paa højst ufuldstændig maade. Men i det store flertal af tilfældene bliver der, selv om patienten naar saa vidt, at han kan udskrives og optage sit tidligere arbejde, en betydelig grad af demens tilbage. Men deri er der ikke noget mærkeligt. Det er nemlig reglen, at de patienter, der faar *Korsakoffs* psykose, er svære drankere. Ingenlunde sjældent har de gennemgaaet flere anfald af delirium tremens; og som regel kan man ved siden af de ejendommelige psykiske symptomer, de frembyder, straks fra begyndelsen af erkende demensen, hvad der i høj grad taler for, at denne har været til stede før den akute psykose brød frem.

Hvorledes sygdommen senere forløber, vil for en stor del komme til at afhænge af, hvorvidt patienten kan afholde sig fra nydelsen af alkohol eller ej. Men da demensen ogsaa gør sin indflydelse gældende paa viljelivets omraade, saa vil det som regel vise sig, at patienten ikke kan modstaa fristelsen, men, naar han kommer ud, igen begynder at drikke. Vi har gentagne gange set patienter, der den ene gang efter den anden er kommet herind under billedet af en *Korsakoffs* psykose, og da baade delirium tremens og de mere kronisk forløbende psykiske forstyrrelser spiller en lignende rolle i den kroniske alkoholismes historie som det paralytiske anfald i den generelle pareses, saa betyder enhver saadan episode en nedgang i patientens sjælelige evner, saa at han for hver gang gaar mere og mere reduceret ud af den.

Det sygdomsforløb, jeg her har skitseret for Dem, har særligt haft den form af *Korsakoffs* psykose, der opstaar paa alkoholisk basis, for øje. Ved den infektiøse form, som

bl. a. er beskrevet af *Tiling*[1]), *Wagner*[2]) og *Redlich*[3]), synes *prognosen* — ligesom hos den patient, hvis sygehistorie, jeg før refererede for Dem, ofte at være gunstigere, hvad der sikkert hænger sammen med, at lidelsen i disse tilfælde rammer en sund hjærne. Men ogsaa i en anden henseende skiller disse infektiøse former sig ud fra de alkoholiske, idet deres begyndelsesstadium ofte — hvad rimeligt er — ligner feberdeliriet, hvor omtaagetheden og forvirringen er langt stærkere udtalt end ved det alkoholiske, ligesom ogsaa hallucinationerne plejer at være mindre fremtrædende, og det alkoholiske deliriums attributter: tremoren, agiliteten, geskæftigheden ganske mangler.

Ligesom jeg før viste, at overgangen mellem det alkoholiske delirium og *Korsakoffs* psykose er ganske jævn, saaledes har *Wagner* og *Redlich* gjort opmærksom paa, at der mellem de akut opstaaede og akut forløbende amentiatilfælde paa infektiøs basis findes en jævn overgang til den infektiøse form af *Korsakoffs* psykose.

De vil saaledes se, at hverken optrædelsesmaaden, forløbet eller terminalstadiet af *Korsakoffs* psykose altid er de, samme, men er afhængig, næppe saa meget af den patogenetiske faktor, der i de forskellige tilfælde gør deres indflydelse gældende, som af den tilstand, hvori den hjærne, der angribes, befinder sig, før sygdommen bryder ud. I praktisk henseende spiller imidlertid den form, der er opstaaet paa alkoholisk basis, paa grund af sin hyppighed den altovervejende rolle, og her vil baade begyndelsesstadiet og ætiologien altid hjælpe Dem til med sikkerhed at forudsige psykosens forløb.

Et andet spørgsmaal, hvis besvarelse har voldt en del vanskelighed, er polyneuriternes betydning for den Korsakoff'ske psykoses klinik. *Korsakoff* selv betragtede poly-

---

1) Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 1890 og 1892.
2) Jahrb. f. Psychiat. Bd. X.
3) Wien. klin. Wochenschr. 1896.

neuriterne som en integrerende del af sygdomsbilledet, og han forklarede deres tilstedeværelse ved at antage, at den toksiske faktor, som gennem indvirkningen paa cortex cerebri gav anledning til de psykiske forstyrrelser, ogsaa paavirkede de perifere nerver. Og at dette sammentræf har slaaet ogsaa senere forfattere, kan De se deraf, at *Korsakoffs* psykose ofte gaar under navnet den polyneuritiske sindssygdom. Imidlertid har allerede *Tiling* og senere *Jolly*[1]) og *Mønkemøller*[2]) offentliggjort tilfælde, hvor det amnestiske symptomkompleks var til stede i udpræget grad, men hvor der ikke fandtes neuritiske fænomener, og *Ebzholz*[3]) har endog foreslaaet at opstille en særlig underafdeling indenfor *Korsakoffs* psykose og deri samle de tilfælde, hvor polyneuriterne manglede. Efter vore erfaringer her paa afdelingen, tror jeg med *Bonhøffer* at maatte hævde, at polyneuriterne meget sjældent mangler. Men afgørelsen af dette spørgsmaal vil jo altid afhænge af, hvormeget man forlanger for at stille diagnosen polyneuritis. Kræver man udtalte pareser eller stærk ataksi, kræver man atrofier og objektivt paaviselige sensibilitetsforstyrrelser eller indgribende forandringer i de elektriske reaktionsforhold, saa er det utvivlsomt at disse symptomer ingenlunde konstant ledsager *Korsakoffs* psykose. Lader man sig imidlertid nøje med mindre, med lette koordinationsforstyrrelser, en vis grad af parese med tilsvarende gangforstyrrelse, eller slaar man sig til ro med at konstatere en mer eller mindre intens og udbredt nerve- og muskelømhed ledsaget af paræstesier, saa tror jeg — som sagt — ikke, at der i mange tilfælde af *Korsakoffs* psykose med typiske psykiske symptomer vil savnes polyneuriter, og navnlig ikke i de tilfælde, hvor lidelsen udvikler sig paa alkoholisk basis. En ejendommelighed ved polyneuriterne, som de opstaar ved *Korsakoffs* psykose, er, at kranienerverne og

---

1) Charité-Annal. 1897.

2) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54.

3) Wiener klinische Wochenschr. 1900.

specielt øjenmusklerne er relativt hyppigt angrebne. De husker f. eks. den mand, som for tiden ligger paa C, og som foruden de typiske, psykiske forstyrrelser og foruden sine udbredte og svære atrofiske lamheder af baade over- og underekstremiteterne, har en ptosis, en abducensparese og en mydriasis paa højre øje. I dette tilfælde tror jeg, at øjensymptomerne skyldes en perifer neuritis, men i andre ser man, at der opstaar en mere eller mindre udtalt oftalmoplegi, en polioencefalitis acuta hæmorrhagica superior, som *Wernicke* kaldte det, en sygdom, der skyldes en lidelse i øjenmuskelnervernes nukleære elementer, og en sygdom, der ligesom *Korsakoffs* psykose med forkærlighed rammer alkoholister, og ligeledes hyppigt begynder med et delirøst forstadium.

Der er saaledes fra et klinisk standpunkt rettet den anke imod opfattelsen af *Korsakoffs* psykose som en nosologisk sygdomsenhed, at forløbet og terminalstadiet ikke er ens i alle tilfælde, og at den ene komponent, hvoraf sygdomsbilledet dannes, nemlig polyneuriterne, lejligheds-vis kan mangle. Men ogsaa mod den udelukkende toksæmiske patogenese til lidelsen har der hævet sig røster. At *Korsakoffs* psykose i det altovervejende antal af tilfældene optræder hos kroniske alkoholister, derom er alle forfattere enige, at den dernæst nu og da viser sig i forløbet eller rekonvalescentsen af akute infektionssygdomme, er ligeledes nævnt. De tilfælde af generel parese, som *Meyer* og *Rücke*[1]) og — om end noget mere tvivlsomt — de tilfælde af tumor cerebri, som *Meyer*[2]) har beskrevet, og hvor det amnestiske symptomkompleks er iagttaget, kunde vel ogsaa nok bringes ind under synspunktet: en toksisk paavirkning. Og det samme gælder de enkelte tilfælde, hvor en lues cerebri, saaledes som *Jolly*[3]) har paavist

[1]) Archiv f. Psychiatrie. Bd. 57.
[2]) Archiv f. Psychiatrie Bd. 32.
[3]) Berl. kl. Wochenschr. 1901.

det, har givet anledning til et sygdomskompleks, der lignede den Korsakoffske psykose. Derimod glipper forudsætningen for en toksæmisk oprindelse af sygdommen i de tilfælde, hvor den — som *Kabberlach*[1]) har paavist det — opstaar i tilslutning til en commotio cerebri eller som en form af den senile demens *(Kraepelin)*. I adskillige af de herhen hørende sygehistorier forekommer sygdomsbilledet mig imidlertid ikke at være rent. Det amnestiske symptomkompleks, saaledes som *Korsakoff* beskrev det, og saaledes som vi træffer det i de typiske tilfælde af den alkoholiske variant af sygdommen, bestaar af tre elementer: en meget udpræget desorienterthed, en hukommelsessvækkelse, der ikke blot interesserer de nærmestliggende begivenheder, saa at patienten „ikke kan huske fra næse til mund“[2]), men ogsaa gælder langt fjærnere liggende begivenheder, saa at der opstaar erindringsdefekter, der strækker sig over maaneder, samt en trang til fabuleren, der gør, at erindringsreminiscentser væves sammen med reelle oplevelser, eller danner udgangspunktet for ganske fantastiske digtninger. Hvert af disse momenter findes ved et stort antal psykoser, der intet har med *Korsakoffs* psykose at gøre, men i forening danner de et sygdomskompleks af et letkendeligt og karakteristisk habitus. Denne fordring om alle tre elementers tilstedeværelse er det, som ikke altid er sket fyldest i de refererede tilfælde, og naar saa dertil kommer, at fordringen om polyneuriternes tilstedeværelse ogsaa siddes overhørig, saa er det kun rimeligt, at disse forhold langt fra at klare begreberne om *Korsakoffs* psykoses berettigelse som sygdomsenhed kun har hjulpet til at forplumre spørgsmaalet.

Det er paa grund af denne forskellighed i forløb og terminalstadium, paa grund af polyneuriternes inkonstante tilstedeværelse og paa grund af den heterogene patogenese

---

[1]) Archiv f. Psychiatrie Bd. 38.

[2]) Friedenreich: Psykiatri. p. 252.

den almindelige opfattelse, at man er nødt til at lade *Korsakoffs* psykose falde som en nosologisk sygdomsenhed, og kun opfatte det amnestiske symptomkompleks som et syndrom, der kan forefalde ved de mest forskelligartede psykoser. Og at denne opfattelse rent teoretisk set er motiveret, nærer jeg ingen tvivl om. Men praktisk set indtager den alkoholiske form for denne psykose en saa dominerende plads, og viser sig baade i sin optrædelsesmaade, sit forløb, sit terminalstadium og sin symptomatologi saa typisk, at den paa en afdeling som denne, der huser største parten af en stor bys mange alkoholister, betyder en værdifuld hjælp ved klassifikationen af den kroniske alkoholismes mangeartede kliniske manifestationer.

DEMENTIA PARALYTICA.

MINE damer og herrer! Der er i de senere aar indenfor vort fag — foruden en overordentlig frodig udvikling af medicinens forskellige specialiteter — dukket et nyt fænomen op, der har faaet den tilsyneladende saare neutrale betegnelse: grænsegebet hæftet paa sig. Der dannes specielle medicinske selskaber, der drøfter emner, som formenes at høre ind under denne nye kategori, der startes tidsskrifter til dens ære; der indrettes kliniker med det særlige formaal for øje at huse patienter, der findes værdige til at ligge under denne nye fane, og det skal ikke undre mig, hvis De, om ikke længe, foruden alt det obligatoriske, der allerede nu tynger paa Dem, ogsaa kommer til at gennemgaa et obligatorisk kursus i grænsegebeternes mysterier.

For den almindelige medicinske bevidsthed er spørgsmaalet om grænsegebetet uløselig knyttet til den gamle strid imellem de interne medicinere og kirurgerne, og trods dets blidt klingende navn betegner det praktisk set kirurgiens vækstzone, det bælte ind imod den øvrige medicin, hvor kirurgerne arbejder for at vinde noget af den jord, der tidligere er blevet dyrket efter farmakopeens og diætetikens principer, ind under sit herredømme. For tiden er det navnlig appendiciterne og enkelte galdevejssygdomme, striden staar om, ligesom det en tid lang var salpingiterne

og parametriterne, kampen galdt. At en saadan strid nødvendigvis maa medføre en betydelig usikkerhed og vaklen i den praktiserende læges terapeutiske handlen, siger sig selv. Og naar man gennemlæser referaterne fra de diskussioner, der i de forskellige medicinske selskaber føres om disse emner, saa faar man et meget levende indtryk af, hvor lidet misundelsesværdig en lod, der er tildelt en patient med en saadan grænsegebetssygdom, han er nemlig ofte at ligne med sjælen i de middelalderlige passionsskuespil, hvor en engel fra himlen haler i ham fra én side, medens en djævel fra helvede slider i ham fra en anden, uden at jeg iøvrigt skal fordriste mig til at afgøre, hvilken af de to discipliner, der i det givne tilfælde repræsenterer himlens, og hvilken helvedes sendebud.

Imidlertid findes der, naar man anlægger et mere generelt synspunkt, mange andre grænsegebeter end det, der skiller den interne medicin fra kirurgien. Og det er jo ogsaa en ganske selvfølgelig sag, at det maa forholde sig saaledes, saavist som ingen specialitet, den være sig nok saa begrænset, ikke støder op til snart sagt alle den øvrige medicins grene. Og der er maaske faa afdelinger, hvor en enkelt specialitets afhængighed af og organiske forbindelse med alle andre træder en saa levende i møde som her paa VI afdeling. Dels findes her jo de to søsterdiscipliner neurologien og psykiatrien, efter det mønster, som *Griesinger* i sin tid indførte paa Charitéen, samlede paa et sted. Og enhver, der har blot det svageste kendskab til disse to discipliner, vil vide at vurdere og skatte denne ordning. Vi har jo daglig eksempler paa, hvorledes patienter der er indlagt i Pav. II og i lange tider behandlede under forudsætningen af, at det drejer sig om neurastenier eller hysterier, lider af udtalt sindssygdom, og hvorledes patienter, der indlægges i Pav. I, fordi de psykiske symptomer er stærkt fremtrædende, viser sig i virkeligheden at lide af en organisk hjærnelidelse, og naar deres

ofte rent transitoriske psykose er svundet, kan overflyttes til nerveafdelingen. Forhold af denne art maa belære Dem om, hvor nødvendigt det er for den læge, der har gjort „nervesygdommene“ til sin specialitet, at beherske begge de to discipliner, baade neurologien og psykiatrien. Gør han ikke det, vil han ikke kunne undgaa at komme til at begaa ofte skæbnesvangre fejltagelser. Men desuden har VI afdeling den store fordel at være et led i et generelt hospital. Dette medfører, at alle de lidelser, hvor nervøse symptomer enten til stadighed eller kun forbigaaende spiller en rolle, kommer under vor behandling. Vi ser her i aarenes løb en hel række psykoser, der opstaar paa infektiøs og paa intoksikatorisk eller anæmisk og kakektisk basis. Vi ser mange af de lidelser, hvor der, som ved mb. Basedowii, næsten konstant findes psykiske symptomer af forskellig styrke, og hvor disse har imponeret den indlæggende læge saaledes, at de somatiske symptomer er blevet overset. Vi ser en stor del af de patienter, der populært samles under betegnelsen „nervegigt“, og hvor enten artroitis eller maaske en diabetes eller kronisk nefritis er den egentlige sygdomsaarsag. De har jo sikkert ogsaa ofte set eksempler paa, hvor værdifuld og for diagnosen ganske afgørende betydning en oftalmologisk eller otologisk undersøgelse kan have. Alt dette bør belære Dem om, at selv om Deres anlæg eller Deres lyst driver Dem hen imod ganske bestemte egne af medicinens store fastland, saa kan De ikke, hvor samvittighedsfuldt og indgaaende De ogsaa perfektionerer Dem i Deres specialitet, undvære det brede, solide grundlag, som en alsidig uddannelse, der tager alle medicinens forskellige discipliner og ikke mindst den almindelige patologi med, byder Dem.

De patienter, jeg i aften vil vise Dem, har alle en og samme grænsegebetssygdom, idet de alle, hvor forskelligartet det dominerende symptom i deres lidelse ogsaa er, frembyder tegn, der gør det utvivlsomt, at de har en

generel parese. Det grænsegebet, hvor denne lidelse hører hen, er det, der skiller psykiatrien og neurologien fra hinanden. Det hører ingenlunde til sjældenhederne, at den generelle parese begynder med saa snigende og tilsyneladende saa lidet alvorlige symptomer, at de mere eller mindre hypokondert farvede klager, patienterne fremkommer med, gør, at de bliver betragtede som neurastenikere. Og det er først senere, at den psykiske insufficiens arbejder sig saa stærkt i forgrunden, at det bliver tydeligt, at det drejer sig om en mere alvorlig lidelse. I andre tilfælde er de psykiske symptomer straks fra begyndelsen af saa dominerende, at der ikke kan være tvivl om, at det er en psykose, patienten lider af, men i saadanne tilfælde stiller der sig et nyt spørgsmaal frem til besvarelse. Den generelle parese indtager nemlig for saa vidt en særstilling indenfor psykoserne, som det er den eneste af dem, hvor man kan paavise karakteristiske patologiske forandringer i hjærnebarken. Og skønt den klinisk set i adskillige tilfælde i alt fald til at begynde med præsenterer sig som en almindelig psykose, saa berettiger det patologisk anatomiske grundlag dog til at indrangere den under de organiske hjærnelidelser. Det er derfor af den allerstørste betydning ikke at lade sig lede vild af det proteusagtige i de psykiske symptomers optrædelsesmaade, men altid søge at naa bagom disse og ind til de psykiske og somatiske symptomer, der danner kærnen i den generelle pareses symptomatologi.

Det er ikke min mening i aften at give Dem en samlet fremstilling af denne sygdoms klinik. Men de patienter, jeg kan vise Dem, giver en ualmindelig smuk illustration til, hvor forskelligartet de psykiske symptomer ved denne lidelse kan være, idet de enkelte patienter rent overfladisk set frembyder et sygdomsbillede, der vilde berettige til at indrangere dem under ganske forskellige rubriker i det psykiatriske system. Men trods dette hete-

rogene i de psykiske symptomer findes der dog hos dem alle momenter, der knytter dem sammen og motiverer deres samhørighed, hvad der for prognosen af tilfældene spiller den allerstørste rolle.

Den første patient, jeg vil vise Dem, er denne 32aarige cyklehandler, i hvis familje der ikke findes nogen disposition til sindssygdom, og som heller ikke selv tidligere har frembudt psykiske forstyrrelser af nogen art. Derimod har han for 9 aar siden haft lues, et moment, som De ved spiller den allerstørste rolle i patogenesen af den lidelse, der her beskæftiger os. Han blev behandlet paa rationel maade, og har gentagne gange i de første aar efter infektionen gennemgaaet en smørekur. Jeg gør Dem opmærksom paa dette forhold, fordi det saa ofte viser sig, at de patienter, der kommer ind med generel parese, er blevet ufuldstændigt eller irrationelt behandlet for deres syfilis. Han har aldrig haft udbrud siden infektionen, har været gift i flere aar og har to raske børn. Konen har aldrig aborteret.

Hvad der straks vil være Dem paafaldende hos denne patient, er den blanding af træghed og ængstelse, der præger hele hans væsen. De saa, med hvilken tøven han gik ind gennem døren, hvorledes han, da han var kommet ind, gjorde tilløb til at vende om og slippe ud igen, men hvorledes denne beslutning ligesom stivnede, inden den blev til handling, og han blev staaende raadvild, som turde han hverken gaa frem eller tilbage. De vil endvidere lægge mærke til hans slappe holdning, det ludende hoved, de hængende arme, den lette fleksion i knæene, og den langsomhed, man kunde næsten fristes til at sige ugidelighed, hvormed han slæber fødderne hen ad gulvet, naar han gaar. Opfordrer vi ham til at løfte hovedet, saa ser De, hvorledes de samme forhold, der præger hans holdning, ogsaa afspejler sig i hans ansigtsudtryk. De ser, hvorledes der i hans pande findes de for den psykiske depression

saa karakteristiske dybe tværfurer, De ser det fortvivlede, ængstelige udtryk, der hviler over hans ansigt og den skyhed, hvormed han betragter de mange mennesker omkring sig. Og spørger vi ham ud om hans sygdoms forløb og nuværende tilstand, saa hører De, hvor langsomt og hviskende ordene kommer fra ham, og hvor monoton og klangløs hans stemme er.

Paa spørgsmaalet om, hvorlænge han har været syg, erklærer han, at han intet fejler, men kun er en stor synder. Han fortæller, at han ved paasketid har celebreret coitus med en dame, der var ansat paa kontoret, og at han ved den lejlighed skal have paadraget sig en ny kønssygdom. At denne sidste paastand i alt fald er grebet ud af luften, har den objektive undersøgelse overbevist os om, der findes ingen tegn paa uretritis og heller ikke noget friskt udbrud af syfilis, hvorimod cikatricen efter chankeren for 9 aar siden endnu kan baade ses og føles. Men det er ikke alene denne bekymring, der piner ham, men han er blevet klar over, at det er en stor forbrydelse af ham, at han overhovedet har giftet sig, det havde han ikke lov til. Han indrømmer at være angst, mener, der maa hænde ham og hans kære en ulykke, uden at han dog nærmere kan angive hvilken. Der hviler et tryk over ham, og han føler sig saa ulykkelig. Beder vi ham om at skrive sit navn, tør han ikke gøre det, han er „bange for følgerne“. Han gør i det hele indtryk af et menneske, hvis ængstelse og ubeslutsomhed, hvis skyldbevidsthed og fortvivlelse gør, at han føler sig paa gyngende grund, at alle de værdier, der giver andre mennesker holdning og mod til at handle er blevet svømmende og ikke længer er til at stole paa, saa at han selv intet tør foretage sig og frygter for, hvilke ulykker det næste øjeblik kan bringe over ham.

Vi har igennem hans kone faaet oplysninger om, at han, der tidligere altid har været en flittig og dygtig forretningsmand, for en maaneds tid siden begyndte at sove

daarligt, talte — ganske med urette — om, at forretningen gik tilbage, og kunde i timevis sidde hen uden at tage sig noget til. Omtrent samtidig begyndte han paa forblommet maade at hentyde til den kønssygdom, han mente at have paadraget sig, vilde dog ikke gaa til lægen, men dagen før indlæggelsen drev han om paa gaden til langt ud paa aftenen uden at ville gaa hjem. Han blev indesluttet og tavs, mere og mere mistænksom, mente, at folk saa efter ham paa gaden, og turde ikke lade sig barbere af frygt for, at han skulde blive „smidt ud af barberstuen."

Hvis vi vilde blive staaende ved de oplysninger, som anamnesen og undersøgelsen af patienten hidtil har givet os, saa vilde vor diagnose af patienten blive: depressio mentis. Der findes jo hos ham den psykomotoriske hemning, der giver sig udslag i hele hans holdning og væsen, i hans ansigtsudtryk og tale, og som er det essentielle i melankoliens sygdomsbillede, endvidere findes der en udtalt ulykkefølelse, en skyldbevidsthed og ængstelse, der er ganske umotiveret, og dertil kommer endelig vage melankolske vrangforestillinger, en haardnakket søvnløshed og et betydeligt vægttab, altsammen fænomener, som er vel kendte indenfor rammen af den simple melankoli. Imidlertid vilde denne diagnose være i høj grad forhastet og medføre, at vi kom til at stille en ganske gal prognose for patienten. Der findes nemlig hos vor patient foruden de symptomer, vi allerede har omtalt, andre, der peger i retning af en langt alvorligere lidelse af hans hjærnebark. Det er saaledes umiskendeligt, at der findes en vis grad af demens hos ham. Skønt han gør et orienteret indtryk, ved, hvor han er, og erkender omgivelserne rigtigt, saa viser det sig, at hans tidsangivelser er ganske forkerte, han kender hverken dato eller maaned, aner ikke, hvor længe han har været paa afdelingen, og selv om han faar at vide, hvilken dag han blev indlagt, og hvad dato, vi

nu skriver, er han ikke i stand til at udregne, hvor længe han har været her, ligesom ogsaa multiplikation af ganske simple tal fuldstændig mislykkes for ham.

Men skønt denne lette sløvhed i og for sig altid bør gøre Dem mistænksom overfor en patient med vors antecedentia, saa er det dog først de somatiske symptomer hos ham, der bekræfter vor mistanke. Jeg skal først meddele Dem, at han i de sidste døgn har vist sig at være fuldstændig urenlig, et symptom som ganske vist nu og da forekommer ved den stuporøse form for melankolien, men som hos vor patient, hvis sensorium er saa relativt klart, sikkert maa skrives paa hans demens regning. Endvidere viste det sig forleden aften, at hans blære var i betydelig grad udspilet, og trods alle overtalelser og fif var det ikke muligt at faa ham til at kvittere urinen, saa at vi blev nødt til at katetrisere ham. En saadan umotiveret urinretention er ingenlunde sjælden hos patienter, der lider af dementia paralytica, og De bør aldrig glemme hos saadanne patienter, selv om de „altid ligger vaade i sengen,“ at overbevise Dem om, at blæren er tømt. Vi har gentagne gange som eneste aarsag til saadanne patienters uro og masen fundet en fyldt blære, og en katetrisation har næsten øjeblikkelig skaffet patienten ro. Men ogsaa i patientens ansigtsudtryk er der noget sløvt og stillestaaende, trækkene er slappe, øjelaagene hængende, nasolabialfurerne udslettede. De ser desuden, at naar han taler, opstaar der omkring munden og i hagen fine, fibrillære trækninger, der nu og da, naar det ord, han skal udtale, volder ham besvær, stiger til en grov bæven. Og naar vi efter en del overtalelse faar ham til at række tungen ud, findes der ogsaa her fine og grove fibrillære trækninger. Som De hørte, har han besvær ved at udtale længere og vanskelige ord, dels bytter han om paa eller gentager stavelserne, dels flyder disse ud, dels overspringer han dem eller ligesom stejler og stanser overfor en eller anden,

navnlig konsonantrig stavelse, og selv om han tager nyt tilløb, lykkes det ham dog ikke altid at forcere hindringen. Det vil føre mig alt for vidt, om jeg i aften skulde deciffrere denne taleforstyrrelse nærmere for Dem, og desuden vil De i enhver psykiatri finde de forskellige komponenter, hvoraf den er sammensat, nærmere omtalt. Hvad der imidlertid er langt vigtigere for Dem, er, at De vænner Deres øre til at opfatte disse afvigelser fra den normale, velartikulerede tale, saa at selv afvigelser, der er langt mindre udtalte end hos vor patient, strax vækker Deres opmærksomhed og aarvaagenhed.

Der er ingen grund til at foretage en systematisk undersøgelse af patienten nu, den er foretaget gentagne gange og har kun røbet to symptomer endnu, som har nogen betydning for diagnosen. De ser, at ved forsøg paa at udløse de dybe reflekser, viser disse sig at være forhøjede, baade paa over- og underekstremiteterne. Dette er næsten reglen i begyndelsesstadiet af den ukomplicerede generelle parese, senere, naar degenerationen af bagstrængene kommer til, er det jo reglen, at de dybe reflekser ophæves. Symptomet har for saa vidt forøget betydning hos vor patient, som de dybe reflekser ved den simple melankoli plejer at være nedsatte. Det andet symptom gælder patientens pupiller. Som De ser, er de egale og vel formede, om end den venstre nedadtil viser nogen uregelmæssighed. Hvis vi prøver deres reaktionsforhold, viser det sig, at de begge reagerer meget trægt for lys, og ved enkelte undersøgelser har det vist sig, at snart den ene, snart den anden var fuldstændig lysstiv. Det er ikke helt sjældent, at en saadan skiften i reaktionsforholdene gør sig gældende ved dementia paralytica, hvad der skal belære Dem om, at De ikke maa slaa Dem til ro med en enkelt undersøgelse, men gentage denne dag efter dag i mistænkelige tilfælde.

Vi er saaledes ved at komplettere vor undersøgelse, ved foruden den psykiske depression at have konstateret

en utvivlsom demens og ved at fastslaa de forskellige somatiske symptomer, jeg lige har omtalt, kommet til det resultat, at vor patient lider af en generel parese, og at den melankoli, der til at begynde med imponerede som det væsentlige i sygdomsbilledet, kun er symptomatisk, kun er et syndrom i forløbet af en af de alvorligste organiske hjærnelidelser, vi kender.

Hos den patient, jeg har vist Dem, var der intet i selve den psykiske depressions kliniske manifestationer, der kunde lede Deres tanker i retning af den generelle parese, depressionen optraadte under det billede, som vi saa ofte ser den ved andre former af psykiske forstyrrelser.

Jeg skal nu vise Dem en patient, der ligeledes har en melankoli, men hos hvem denne optræder med karakterer, som altid skal vække Deres mistanke og opfordre Dem til at søge efter den generelle pareses somatiske symptomer. Det drejer sig om en 29aarig maskinmester, som for 8 aar siden har haft lues og blev behandlet med 1000 kviksølvpiller. Han har ikke senere haft udbrud og har ikke senere været under behandling. Efter konens udsagn skal han i de sidste $^{3}/_{4}$ aar have været „nervøs“, ikke rigtig kunnet passe sine ting, klaget over træthed og uoplagthed, være fremkommet med en del hypokondre klager, snart haft trykken i hovedet, snart i ryggen, snart i underlivet, er blevet tavs og indesluttet, gaaet omkring og „spekuleret“ og har sovet mindre godt. Som De ser, er alt dette symptomer, som nok kunde forlede til at stille diagnosen neurasteni. Her paa afdelingen har han vist et deprimeret, men tillige et sløvt væsen. Som De ser, har hans holdning det ludende præg, som fandtes hos den anden patient, hans ansigtsudtryk er nedtrykt, og hans optræden bærer tydelig mærke af en udtalt hemning. Spørger vi ham ud om hans egne forhold, er det næsten ikke muligt at faa ham til at svare: „han kan ikke tale“, som han siger, men nogen nærmere motivering heraf vil han ikke give. Der

er imidlertid et punkt, som, naar det berøres, kan løse hans tungebaand, og det er spørgsmaalet om hans fordøjelse. Spørger vi ham om, hvorfor han ikke vil spise — han har i de senere dage spist ganske overordentlig lidt — hører De, hvorledes han erklærer det for umuligt for ham, da han ingen mave har, og hans tarme ligeledes er raadnet op. Han har kun leveren og hjærtet tilbage. De ser, det er med grædende taarer, han meddeler dette, og samtidig nærer han frygt for, at han skal opereres, en frygt, der ogsaa giver sig udtryk i en agiteret uro, der faar ham til at gaa op og ned ad gulvet og smaaklynke.

Denne form for melankolske vrangforestillinger, der gærne gaar under navnet: délire des négations, og som *Baillarger* allerede i 1861 har beskrevet, blev af ham opfattet som patognomoniske for den generelle parese. Imidlertid har først og fremmest *Cotard*[2]) og senere *Séglas*[3]) vist, at de kan forekomme ogsaa ved andre former af psykoser, men deres optræden ved den generelle parese er dog saa hyppig, at man altid skal have denne sygdom in mente, naar man støder paa dem. Disse patienters negeren kan undertiden antage ganske formidable dimensioner, saa at de havner i en fuldstændig benægtelse, ikke blot af deres eget legemes og jegs eksistens, men ogsaa i en negeren af omverdenen og af liv og død, de kan aldrig dø, fordi deres legeme befinder sig under ganske abnorme forhold, og de skal lide evindelig. Dette délire d'énormité, som *Cotard* har døbt det, og som kun er en videre udvikling af negationsdeliriet, kan for saa vidt have visse lighedspunkter med paralytikernes megalomane forestillinger, som det har antaget ganske grænseløse former. Men det er, som Séglas udtrykker det, i virkeligheden hypokondre ideer, der op-

---

[1]) Ann. méd. psychol. 1861.

[2]) Arch. de neurol. 1882. Ann. méd. psychol. 1888.

[3]) Le délire des négations (Encyclop.-Scientif.-des aide-mémoire) og Leçons cliniques sur les malad. mentales. Paris 1895.

træder med en megaloman etikette: eller, som *Cotard* siger, den mest ekcessive form for det melankolske delirie. Og et blik paa vor patient vil jo ogsaa være tilstrækkeligt til at overbevise Dem om, at vi her staar ikke overfor en manisk patient, men overfor en deprimeret.

I mange tilfælde er det muligt ved studiet af den maade, hvorpaa disse vrangforestillinger optræder med tilnærmelsesvis sikkerhed at slutte sig til, om det drejer sig om en generel parese eller ikke. Dels er vrangforestillingerne hos paretikerne, saaledes som det næsten altid er tilfældet hos patienter, hvor der er en tydelig demens tilstede, ikke systematiserede, men flygtige og vekslende; dels er negationen ofte kombineret med andre vrangforestillinger, og da navnlig med storhedsideer, som paa en saare barok maade er vævet sammen med de melankolske vrangforestillinger. Saaledes nævner Séglas en patient, som mente, at hans tarm var tillukket med en sølvmine.

Hos vor patient har vi ikke kunnet paavise noget saadant, men han har ogsaa kun været herinde i godt og vel en uge, og da hans forestilling om ikke at kunne tale gør ham lidet meddelsom, er her skabt en yderligere vanskelighed for at komme i rapport til ham. Men diagnosen dementia paralytica er ikke desto mindre blevet sikret ad anden vej. Ligesom hos den forrige patient er der nemlig for det første en umiskendelig demens til stede. Hans hukommelse er betydelig svækket, og hans regnefærdighed, selv hvor det drejer sig om ganske elementære opgaver, meget mangelfuld. Men desuden findes der en hel række af de somatiske symptomer, som karakteriserer den generelle parese. Han har kantede, myotisk kontraherede, inegale, lysstive pupiller, der er en ganske typisk og karakteristisk taleforstyrrelse og fibrillære trækninger baade i ansigtets og tungens muskulatur, der er forøgede dybe reflekser baade paa over- og underekstremiteterne og ansigts-

udtrykket er svømmende, stillestaaende, og trækkene udglattede.

Ogsaa hos den patient, jeg nu vil vise Dem, har der en enkelt dag vist sig forestillinger af lignende negerende art som hos den forrige, idet han har paastaaet, at han manglede læber, og hans indvolde var skrumpet ind til ingen ting, og han selv kun var „en stor figur“. Imidlertid har disse forestillinger været ganske flygtige, hvorimod de psykiske symptomer, der ellers behersker sygdomsbilledet, baade i optrædelsesmaade og art leder tanken hen til en anden psykose end depressionen. Patienten har i de sidste to aar lidt af en tabes dorsalis, men har kunnet passe sin forretning til for et halvt aar siden, da han, efter konens udsagn, paa grund af overanstrængelse blev nervøs og pirrelig. Disse tilfælde tabte sig igen under et længere landophold, men for 14 dage siden blev han „underlig“. De hører selv, hvorledes han fortæller, at han tror, der er politispioner efter ham, hvorledes de er fulgt efter ham paa gaden og har truet af ham. Spørger man ham om, hvad ondt de vil gøre ham, erklærer han, at de vil slagte ham, og paastaar, at de igaar aftes har druknet hans kone, som han tydelig hørte skrige, og De hører ogsaa, hvorledes han paastaar, at de mennesker, der nu er omkring ham, er „undersøgere“. Han tror sig paavirket af „elektriske straaler“, der „udvider hans hoved og ben“ og tvinger ham til at forlade sengen. Han har her paa hospitalet gentagne gange været oppe af sengen for at slukke en ildebrand, han mærkede, der var i huset.

Disse forestillinger har jo umiskendeligt et paranoidt tilsnit; om nogen systematisering er der ganske vist ikke tale, forestillingerne er netop saa løse og skiftende, som man i reglen finder dem hos patienter, hvis intelligens er sløvet. Ogsaa hallucinationernes tilstedeværelse leder tanken i samme retning. Der har været en tid, hvor man mente, at hallucinationer ikke forekom ved den ukomplicerede

generelle parese, og hvor deres tilstedeværelse navnlig skulde tyde paa, at den kroniske alkoholisme spillede ind med. Dette er imidlertid sikkert ukorrekt; hos vor patient foreligger der ingen komplikation af denne art, og desuden er hallucinationer baade paa hørelsen og lugten ingenlunde ukendt ved den simple dementia paralytica.

Men ogsaa hos denne patient er der en betydelig grad af sløvhed til stede. Han opfatter kun højst ufuldkomment, hvad der siges til ham, ofte maa spørgsmaalet gentages flere gange, før han forstaar det, og tit svarer han ganske forkert. Han har ingen forestilling om tiden, eller hvor længe han har været her, kan ikke foretage de simpleste regnestykker. Men ligesaa meget som dette bærer den ganske indifferente maade, hvorpaa han reagerer overfor den forfølgelse og de pinsler, der venter ham, sløvhedens præg. Skønt han den ene gang efter den anden udtaler formodningen om, at hans forfølgere vil brænde eller slagte ham, er der intet i hans udtryk eller væsen, der røber ængstelse eller uro. Paa afdelingen gaar han omkring ganske desorienteret og fjoget, evakuerer i sengen eller i bukserne og er ogsaa i høj grad grisset, naar han spiser.

Den tabes, patienten lider af, berøver os jo for saa vidt nogle af de for diagnosen af den generelle parese vigtigste somatiske symptomer, idet de ophævede dybe reflekser og de lysstive, myotiske pupiller, findes ved begge disse lidelser. Imidlertid findes der hos ham baade fibrillære trækninger i tungen og ansigtsmuskulaturen, ligesom ogsaa den taleforstyrrelse, han frembyder, er af karakteristisk art. Sammenholder vi disse symptomer med den udtalte demens, saa kan der næppe være nogen tvivl om, at vi staar overfor en generel parese, og at de øvrige psykiske symptomer ogsaa er et udtryk for den tilstedeværende periencefalitis[1]).

[1]) Patienten døde et par uger senere, og ved sektionen konstateredes en periencefalitis.

Vi har ganske vist ikke hos vor patient kunnet paavise noget tegn paa en syfilitisk infektion, og baade han selv og konen benægter, at han nogen sinde har haft lues. At dette imidlertid næppe forholder sig rigtigt, derpaa tyder for det første, at han har baade en tabes og en generel parese, to sygdomme, hvis afhængighed af en forudgaaende syfilitisk infektion er almindelig anerkendt, men desuden har konen aborteret en gang i 3.—4. maaned og en gang i 2. og har aldrig senere været gravid. Forhold, som jo gør antagelsen af en lues end mere sandsynlig.

Medens det hos de patienter, jeg hidtil har demonstreret, var ret vanskeligt at faa dem til at udtale sig, dels paa grund af deres depression og dermed følgende hemning, dels paa grund af deres vrangforestillingers art, saa vil sikkert hos den patient, jeg nu skal vise Dem, vanskeligheden blive den at stoppe munden paa ham. De hører, hvorledes han, saa snart han er kommet ind ad døren, præsenterer sig som Vorherre selv. Og spørger vi ham om, hvorledes hans pekuniære stilling er, erklærer han uden betænkning, at han har hundrede tusinde billioner trillioner kroner i minuttet; han kan købe hele verden fjorten millioner gange, naar han aabner et af sine pengeskabe, og han forlanger Danmark i erstatning for sit ophold herinde. Hans sagfører faar en million kroner i minuttet for at føre hans sag og har lov til at sidde i højesteret med hat paa hovedet, medens hans hund og tjener staar bagved. Han meddeler ogsaa, at han engang har svømmet rundt i en mose i 14 timer og derved vundet et væddemaal, hvorved han tjente to kroner. Imidlertid er hans stemning ikke altid saa løftet, som De nu ser, og jeg skulde mene, at jeg ved at spørge ham lidt ud om den læge, der har lagt ham ind, kan faa ham til at forandre tonen. De ser, hvorledes hans overdaadige storhedsideer strax skifter, hvorledes han bliver rasende og beskylder vedkommende læge for at have villet forgive

ham med en medicin, om hvilken en anden læge har forsikret ham, at to skefulde var nok til at dræbe ham. Og ved en ideassociation, der finder sin forklaring i, at hans kone har været behjælpelig ved hans indlæggelse, falder han over hende, erklærer, at hun staar i ledtog med lægen, og paastaar, at „det er konen og ikke ham, der er gal," en vending, vi er saa vant til at høre af vore patienter.

Selv den, der har et meget mangelfuldt kendskab til psykiatrien og specielt til den generelle pareses klinik, vil sikkert ikke være i tvivl om, at denne patient lider af denne sygdom. Hans storhedsideer er saa eksorbitante, hele hans væsen, den evige motoriske uro, der behersker ham, den rundhaandethed, hvormed han vil „gøre alle til millionærer, saa de ikke behøver at arbejde," den eufori, der for det meste præger hans sindsstemning, og den tøjlesløshed og kritikløshed, hvormed han giver sig sine forestillinger i vold, svarer jo ganske til den „klassiske" form for paresen, der for den almindelige bevidsthed staar som det reneste udtryk for denne lidelse. Imidlertid hænder det, at man ved andre ekspansive sindssygdomsformer finder lige saa frodige og grænseløse storhedsideer som hos vor patient. Der findes imidlertid hos ham enkelte træk, som altid skal gøre, at De er paa Deres post overfor muligheden af en dementia paralytica. Det er først den udprægede kritikløshed og inkonsekvens i produktionen af storhedsideerne. Et menneske, der anser sig selv for Gud, praler ikke paa den maade som vor patient af sine millioner, og det menneske, der kan købe verden fjorten millioner gange, kan umuligt have nogen glæde af at forlange Danmark i erstatning for sin indespærring. Desuden hørte De, hvorledes patienten, uden at han yttrede noget tegn paa fornemmelse af det paafaldende i en saadan paastand, erklærede, at han havde indladt sig paa et væddemaal for at tjene to kroner. Det er meget muligt, at et væddemaal om end af

en noget mindre livsfarlig form en gang er indgaaet af patienten, i lighed med, hvad vi saa ofte hører hos vore paretikere, naar de umiddelbart efter at have svælget i deres millioner ganske nøgternt erklærer, at de tjener 3 kroner om dagen. Ogsaa den lethed, hvormed man kan paavirke patientens stemningsliv og ved et spørgsmaal kan faa ham revet ud af hans løftede stemning og gøre ham rasende, er ofte karakteristisk for paresen[1]).

Men selv om disse træk ved eksaltationen kan være vejledende, saa er det dog først paavisningen af demensen og de somatiske symptomer, der er afgørende for diagnosen. Hos vor patient er begge ikke til at overse. Som De hører, er han fuldstændig desorienteret i tiden, kender hverken maaned eller aarstal, aner ikke, hvor længe han har været her, kan ikke foretage de simpleste additionsstykker i hovedet. Og naar han for et øjeblik stanser sin tales strøm og sidder stille, saa vil De se, hvor slappe og udviskede hans ansigtstræk er, og selv under talen er der et paafaldende misforhold mellem hans forestillingers indhold og det stillestaaende i udtrykket og den afblegede og fattige mimik, han raader over. Forøvrigt findes der hos vor patient fibrillære trækninger, typisk taleforstyrrelse, der navnlig kommer frem, naar han er vred, og da undertiden ganske afbryder hans tale, samt kontraherede lysstive pupiller.

Skønt denne form for paresen gærne gaar under navnet „den klassiske", maa De ikke tro, at det er den hyppigst forekommende. Det billede, hvorunder paresen i vore dage — i alt fald efter de erfaringer, vi gør her paa afdelingen — hyppigst præsenterer sig, er den rene demens. Og denne opstaar i det store flertal af tilfældene ganske snigende og kan ofte naa ret betydelige grader, inden omgivelserne

---

[1]) Et par dage efter demonstrationen fik patienten en række typiske lokalepileptiske anfald. Da disse var overstaaet, sagtnede eksaltationen noget, medens demensen — saaledes som det er reglen efter de paralytiske anfald — blev dybere. Han overflyttedes til St. Hans hospital.

bliver den var. Lad mig som et eksempel vise Dem denne 56aarige mand. Hverken han selv eller hans familje kan egentlig angive noget bestemt tidspunkt for sygdommens begyndelse. Men for ca. 2 aar siden begyndte han at „spekulere“, blev tavs og „dybttænkende“. Jeg vil bede Dem om, hvergang De hører udtryk af denne og lignende art, da altid at have Deres opmærksomhed henvendt paa en mulig tilstedeværende demens, det er ofte, at den tavshed og indesluttethed, den mangel paa initiativ og aandelig bevægelighed, der ledsager demensen, bliver mistydet af patientens omgivelser, saa at den begyndende aandelige insufficiens bliver opfattet som udtryk for en særlig koncentreret aandelig optagethed eller ogsaa som udslag af en depression. Vor patient blev efterladende i sin forretning, tabte hukommelsen, var nu og da lidt pirrelig og urimelig, men iøvrigt synes der ikke at have optraadt mere akute faser i hans sygdom. Demensen har ganske jævnt og snigende gnavet sig længere og længere frem, til han i den sidste tid har vist sig mere og mere desorienteret og i gaar ikke var i stand til at finde hjem, hvorfor han blev indlagt her.

De ser nu, hvor sløv og ganske uinteresseret han sidder, og paa afdelingen gaar han omkring uden at yttre ønsket om noget, kun forlanger han paa en ganske automatisk maade at blive udskrevet, et krav, som vore paretikere plejer at fastholde selv langt hen i deres sygdom. De hører, at han er ganske uvidende om dato og aarstal; han husker heller ikke, hvem der har besøgt ham i dag, erklærer endog, at han slet ingen besøg har haft; han kan ikke foretage de simpleste regnestykker, og nævner vi et treciffret tal for ham, har han et øjeblik efter glemt det. For fjærnere liggende begivenheder er hans hukommelse noget bedre bevaret, men ogsaa her findes der aabenbart baade lakuner og en betydelig usikkerhed. Hvad hans sindsstemning angaar, maa denne vel nærmest betegnes

som indifferent. Han erklærer, at han befinder sig vel, og intet fejler, men her er ikke tale om den eufori, der ellers saa ofte følger disse patienter selv langt ned i deres demens.

Ligesom den forrige patient har ogsaa denne en gammel tabes, der giver sig udtryk i en ret betydelig ataksi af underekstremiteterne, en analgesi af underekstremiteternes distale partier, som trods patientens demens tydelig lader sig demonstrere, i en ophævelse af de dybe reflekser og i inegale, lysstive pupiller. Den mulighed var derfor tænkelig, at det hos vor patient drejede sig ikke om en dementia paralytica, men om en saakaldet tabo-psykose, saaledes som navnlig *Cassirer*[1]) og *Schultze*[2]) har beskrevet den. Der kan nemlig nu og da i forløbet af en tabes ligesom i forløbet af enhver anden kronisk lidelse, og i adskillige tilfælde ganske uafhængig af denne, opstaa psykiske forstyrrelser af forskellig art, efter Cassirers mening fortrinsvis under billedet af en kronisk hallucinose. Men imod denne opfattelse taler dels den ganske snigende, fremadskridende demens og dels og navnlig den omstændighed, at der hos vor patient, foruden de tabiske symptomer, saaledes som De kan baade se og høre, findes tydelige fibrillære trækninger i tungens og læbernes muskulatur og en meget udpræget typisk taleforstyrrelse, der ikke blot kommer frem, naar vi lader patienten forsøge paa at eftersige de sædvanlige prøveord, men ogsaa tydelig viser sig under den spontane tale.

Heller ikke hos denne patient er det lykkedes os at paavise tegn paa syfilis, og han selv benægter at have haft lues. Et forhold, der imidlertid — rent bortset fra patientens demens — gør denne benægtelse lidet værdifuld, er, at hans kone har ligget her paa afdelingen med en dementia paralytica, og at hun er død af denne sygdom paa St. Hans hospital. Vi har altsaa at gøre med et

1) Tabes und Psychose, Berlin 1903.

2) Münch. med. Wochenschr. 1903.

af de tilfælde, hvor begge ægtefolk har generel parese, og ikke nok dermed, men den ene af dem har desuden en tabes dorsalis. Og da begge disse lidelser i patogenetisk henseende staar hinanden meget nær, saa nær, at *Møbius* har kaldt den generelle parese for hjærnens tabes, maa det vel være tilladeligt i dette tilfælde at forudsætte i alt fald en „syphilis ignorée."

Den sidste patient, jeg vil vise Dem, en denne 43aarige mand, som for øjeblikket i psykisk henseende kun frembyder tegn paa ret dyb demens. Han ved ganske vist, hvor han er, men er ganske desorienteret i tiden, og ved intet om, hvor længe han har været herinde. Han opgiver næsten øjeblikkelig forsøget paa at udregne selv ganske simple additionsstykker, falder i staver og har næsten øjeblikkelig glemt, hvad det var, han blev opfordret til. Paa afdelingen er han ganske inertiløs, bliver siddende, hvor man sætter ham, sluger maden i sig, er nu og da urenlig. Han kommer aldrig med spørgsmaal, yttrer aldrig noget ønske; naar han har besøg, tager han kun de ting, hans familje bringer til ham, ud af hænderne paa dem og giver sig til at spise dem, men taler ikke med de besøgende og interesserer sig ikke det mindste for sin forretning, eller andre forhold, der maatte antages at ligge ham paa sinde. Hans stemning er fuldstændig indifferent, kun naar man vil rive ham ud af hans sløvhed, kan han nu og da fare op og protestere.

Fra hans kone er det blevet oplyst, at hans sygdom er begyndt for omtrent to aar siden, han begyndte da at „spekulere", blev indesluttet og tavs. Forretningen forsømte han, han blev glemsom, og hans sindsstemning blev skiftende, idet han ofte ganske umotiveret gav sig til at græde, klagede over smærter i hovedet, men han var godmodig og let at lede.

Saavel den nuværende demens som ogsaa det snigende forløb og de skiftende sindsstemninger passer jo godt nok

med antagelsen af en dementia paralytica. Men naar jeg viser ham for Dem, er det, fordi hans tilstand ved indlæggelsen var en ganske anden end nu. Et par dage før indlæggelsen var han nemlig blevet urolig, sov ikke om natten, var snakkende og stærkt hallucineret. Og da han kom ind her, frembød han et typisk billede af et delirium tremens. Han var stærkt hallucineret, meget agil og tremulerende, løb omkring paa gulvet ivrig optaget af at samle 25ører op, hvad der imidlertid aldrig lykkedes ham, fordi de stadig smæltede imellem fingrene paa ham, og efter at dette havde varet i to døgn, faldt han i søvn og vaagnede i den tilstand, som De nu ser ham. Allerede under deliriet havde vi iagttaget en betydelig pupildifferens hos ham, idet højre pupil var omtrent dobbelt saa stor som venstre, og vi havde konstateret, at der var næsten fuldstændig ophævet lysreaktion. Disse forhold er endnu til stede, og desuden ser De, hvor slappe og udviskede hans ansigtstræk er. Det er ikke muligt at fremkalde hverken patellar- eller achillessenerefleksерne, og da der iøvrigt ikke er tegn paa en perifer neuritis, saa betegner denne mangel sikkert en lidelse i bagstrængene. Der findes ogsaa hos vor patient ligesom hos de øvrige, jeg har vist Dem, fibrillære trækninger baade i ansigtets og tungens muskler, ligesom ogsaa den paralytiske taleforstyrrelse er tydelig tilstede. Det er derfor hævet over enhver tvivl, at den demens, vor patient frembyder, er et udtryk for tilstedeværelsen af en generel parese.

Spørgsmaalet bliver kun, hvorledes vi skal opfatte den interkurrente delirøse tilstand, under hvilken han blev indlagt. Rent symptomatisk set lignede patienten skuffende en almindelig alkoholisk delirist, ligesom ogsaa den kritiske søvn tydede i samme retning, og hvis pupillernes forhold ikke havde gjort os mistænksomme, tror jeg ikke, vi vilde have været i tvivl om, at det drejede sig om et delirium tremens. I patientens anamnese synes der ikke, hvad der

jo ellers hyppigt er tilfældet ved den generelle parese, at foreligge alkoholiske antecedentia, hans kone erklærer endogsaa, at han er en „mageløs ædruelig mand“. Dette lægger jeg nu ikke saa stor vægt paa, da vi gentagne gange har set eksempler paa, at patienterne har formaaet at holde deres abusus skjult for deres paarørende, og disses forestillinger om alkoholmisbrug ofte er ganske vildledende. Heller ikke patientens benægtelse spiller nogen afgørende rolle. Vi har flere gange haft patienter herinde, som paastaar, at de ikke drikker andet end sødmælk eller svensk sodavand, og hvis delirium ikke desto mindre, baade hvad symptomerne og forløbet angik, var ganske typisk alkoholisk. Større vægt lægger jeg paa, at der nu og da i forløbet af den generelle parese opstaar transitoriske delirøse tilstande, der ganske kan ligne det alkoholiske delirium. Og da der hos vor patient iøvrigt ikke findes tegn paa kronisk alkoholisme — den fine tremor af hænder og tunge findes ofte ved dementia paralytica — og da der jo ellers er symptomer nok, der gør diagnosen generel parese sikker, saa er jeg mest tilbøjelig til at tro, at vi har haft med et saadant transitorisk delirium i forløbet af en generel parese at gøre[1]).

De maa ikke tro, at jeg med demonstrationen af disse patienter har udtømt alle de former af psykiske forstyrrelser, der kan optræde under forløbet af en generel parese. Jeg mindes fra min funktionstid paa St. Hans hospital en ung paretiker i slutningen af tyverne, der frembød et ganske typisk billede af en katatoni. Der fandtes hos ham baade stereotypi, verbigeration, aparte, affekterede bevægelser, udtalt katalepsi, tidevis opstaaende negativisme, eksaltationstilstande af den art, der saa hyppigt forekommer ved denne

[1]) Patienten blev sløvere og sløvere, der kom urinretention og decubitus, og en uge efter demonstrationen fik han pneumomi og døde. Sektion blev forbudt.

lidelse, men de somatiske symptomer tillod allerede paa et tidligt stadium med sikkerhed at stille den rigtige diagnose, og forløbet bekræftede ogsaa denne. Jeg husker ligeledes fra den tid to kvindelige paretikere, hvis psykiske forstyrrelser antog formen af en manio-depressiv psykose, hvor eksaltationsperioder med regelmæssige mellemrum vekslede med depressive igennem flere aar, og hvor der ligeledes fandtes somatiske symptomer, der gjorde diagnosen utvivlsom.

Det er derfor umuligt af den form, de psykiske symptomer antager, at slutte sig til den generelle pareses tilstedeværelse. Ikke engang demensen er altid til at stole paa, idet der findes tilfælde af alkoholisk og senil demens, der ikke er til at skælne fra den paralytiske. I saadanne tilfælde af alkoholisk og senil pseudoparalyse er det alene de somatiske symptomer, der kan hjælpe os til diagnosen. De vil forstaa, at under saadanne forhold maa de forsøg, der til forskellige tider er gjort paa fra de psykiske symptomer alene at slutte tilbage til en bestemt ætiologi, være frugtesløse. At tro, at en bestemt gift med nødvendighed hos alle mennesker fremkalder de samme psykiske symptomer, er sikkert ganske uberettiget. En af de forfattere, der med størst talent har hævdet den generelle pareses toksæmiske oprindelse, er *Kraepelin.* Han opfatter dementia paralytica som en sygdom af meta- eller parasyfilitisk oprindelse, idet der paa grund af den forudgaaende syfilitiske infektion opstaar et giftstof, der paavirker hjærnebarken og giver anledning til de forandringer, der danner det patologisk-anatomiske grundlag for paresen. Men at antage, at denne gifts sammensætning skulde være forskellig, alt efter som paresens psykiske symptomer antager den maniakalske, den depressive, den katatone eller rent demente form er lidet sandsynlig. Den alkohol, der i et tilfælde skaber et delirium tremens, hvor de psykiske symptomer nærmest er af manisk art, er ikke forskellig fra den, hvor deliriet

forløber med fremtrædende paranoiske eller melankolske vrangforestillinger, eller hvor det er katatone eller stuporøse karakterer, der præger det. Den maade, hvorpaa de forskellige mennesker — indenfor visse grænser — reagerer overfor en skadelig paavirkning, er ikke alene afhængig af dennes art, men i lige saa høj grad af den medfødte eller erhvervede reaktionsmaade, deres nervesystem sidder inde med.

OM HYSTERISKE SYMPTOMERS FOREKOMST VED SINDSSYGDOM.[1]

MINE damer og herrer! Det er ikke uden en vis betænkelighed, at jeg her i medicinsk selskab, hvor jo kun et forsvindende mindretal af medlemmerne kan forudsættes at være særlig neurologisk eller psykiatrisk interesserede, har vovet mig til at fremføre et emne, der ikke kan undgaa at strejfe ind paa omraader og berøre stridspunkter af saa speciel en natur, at de snarest kunde synes at høre hjemme indenfor fagmændenes snævrere kreds. Naar jeg imidlertid dog har foretrukket dette større forum frem for neurologisk selskab, saa er grunden dertil den, at jeg ikke kan tro andet, end at der i det, jeg har at sige, maa findes bemærkninger, der kan være vejledende for den praktiserende læge, der jo ofte er nødt til at udtale sig om og træffe afgørelsen ved behandlingen af sindssyge, og gøre det netop i det akute stadium af sygdommen, hvor forstaaelsen og vurderingen af symptomerne kan volde de allerstørste vanskeligheder.

Det er kun i uegentlig forstand, jeg kan siges at have valgt mit emne selv. Det har nemlig den ene gang efter den anden trængt sig paa mig lige fra den tid, jeg som kandidat gjorde tjeneste paa VI. afdeling og saa, hvor overordentlig vanskeligt det ofte var — selv om man ikke mødte forudsætningsløs til bedømmelse af disse forhold —

[1]) Foredrag holdt i medicinsk selskab d. 1ste marts 1904.

at skelne hysterien fra enkelte faser i visse former af sindssygdom. Og den samme vanskelighed har gang efter gang under min reservelægetid meldt sig for mig og har ført til, at jeg stadig har været opmærksom paa og har søgt efter hysteriske symptomer hos alle de patienter, hvis psykiske tilstand overhovedet tillod denne art af undersøgelser. At mit emne er blevet aktuelt, navnlig efter at *Nissl* i fjor offentliggjorde et foredrag, han i Karlsruhe[1]) har holdt om dette spørgsmaal, og at der sikkert i den nærmeste fremtid i Tyskland vil udvikle sig en livlig diskussion i den anledning, har kun haft den betydning for mig, at jeg har været nødt til at tage stilling til de mere teoretiske spørgsmaal i sagen, og ikke har ment mig berettiget til kun at fremføre mine kliniske iagttagelser og diskutere deres værdi.

Jeg vil bede Dem om at lægge mærke til, at jeg i mit foredrags titel taler om hysteriske symptomer; det er nemlig med velberaad hu, jeg har brugt betegnelsen: hysterisk fremfor funktionel, der jo ofte anvendes synonymt. Men dels er alle de psykiske symptomer ved sindssygdommene funktionelle, og dels benyttes denne betegnelse ogsaa for alle de symptomer, der kendetegne en anden af de store neuroser, nemlig neurastenien. Og den har jeg med forsæt villet udelukke. Ikke fordi de neurasteniske symptomer er sjældne ved psykoserne, de er tværtimod ganske overordentlig hyppige, navnlig, naar man som jeg, føler sig overbevist om, at et stort antal af de patienter, der til daglig gaar under betegnelsen neurastenikere og behandles derefter, langt snarere hører ind under psykoserne, idet det er tilfælde af juvenil demens med neurastenisk farvning af symptomerne, og naar de overhovedet nogensinde er komne ind under neurologernes forsorg, saa er grunden dertil dels den, at det er neurologer og ikke psykiatrikere, der har skabt sygdomsenheden neurasteni, dels den, at disse patienters demens

[1]) Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1902.

som regel er saa let, at de ikke stikker alt for meget af imod deres omgivelser, og at de i de fleste tilfælde kan hutle sig igennem tilværelsen uden at behøve anstaltsbehandling. Men skulde jeg have taget dem med, vilde mit emne være svulmet ganske uforholdsmæssigt op, og jeg vilde have haft langt vanskeligere ved at drage grænselinjerne for det end nu.

De symptomer, jeg har søgt efter ved psykoserne, og som jeg udelukkende vil beskæftige mig med i aften, er de hysteriske stigmata, hvad enten de optræder i form af sensibilitetsforstyrrelser som analgesier eller hyperalgesier, eller de viser sig som pareser eller kontrakturer, som mere eller mindre rudimentære hysteriske krampeanfald, som ovari eller globulus, og jeg har til disse almindelige og gammelkendte stigmata føjet undersøgelser over det *Hallager*'ske symptom, der jo er karakteriseret ved, at aksiltemperaturen hos mange hysterikere viser sig at være højere i forhold til rektaltemperaturen, end tilfældet er hos normale mennesker.

Det er navnlig katatonien, dette Heidelbergerskolens kælebarn, der har voldet diagnostiske vanskeligheder. Og i det foredrag, jeg før omtalte, vender *Nissl* sig da ogsaa stærkt polemisk mod *Gantzer* og *Raecke*, der i to, forøvrigt i høj grad læseværdige afhandlinger, som findes i Allg. Zeitschr. f. Psyk. 1903 og Arch. f. Psyk. u. Nervenh. 1898, har skildret en ganske aparte art af omtaaget bevidsthed, ledsaget af forskellige somatiske symptomer, som de mener berettiger dem til at betragte hele det sygdomsbillede, der derved skabes, som beroende paa hysteri. Der er ingen tvivl om, at *Nissl* har ret, naar han protesterer mod denne opfattelse og erklærer de kliniske tilstandsformer, der her er tale om, som faser i en katatoni. Men med den lyst til at generalisere, der er *Nissl* egen, og med den affinitet til paradokset og de absolute kategorier, der altid har udmærket ham, benytter han lejligheden til at dele de

moderne psykiatre i to store lejre. I den ene staar dyrkerne af det, han kalder for den kliniske betragtningsmaade, anført af *Kraepelin*, i den anden dyrkerne af den symptomatologiske betragtningsmaade, til hvilke han regner alle de psykiatrer, der ikke sværger til Heidelbergerskolens fane. Tilhængerne af den kliniske betragtningsmaade gør gældende, at den psykiske tilstandsform, hvori patienten paa et givet tidspunkt befinder sig, aldrig bør være maalet for den psykiatriske undersøgelse og aldrig er tilstrækkelig til at fastslaa den psykiatriske diagnose. Dels kan det samme psykopatologiske symptom eller symptomkompleks optræde som led i de mest forskelligartede psykoser, saaledes at de i og for sig ingen værdi har som hjælpemiddel til at stille en prognose for tilfældet, dels kan tilsyneladende vidt forskellige tilstandsformer som — for blot at nævne yderpunkterne — en komplet stupor og en vehement eksaltation, enten optræde som selvstændige lidelser eller være faser i en og samme psykose og derfor have ganske forskellig diagnostisk betydning. Hvad det kommer an paa for den psykiater, der tænker klinisk, er at se den forhaandenværende psykiske tilstandsform som led i en psykose, og maalet for al stræben indenfor psykiatrien bør være at danne kliniske sygdomsenheder. Derfor maa man ikke alene tage hensyn til det sygdomsbillede, patienten i undersøgelsesøjeblikket frembyder, men ogsaa have opmærksomheden henvendt paa ætiologien, patientens forhistorie, sygdommens udvikling og forløb og fremfor alt paa lidelsens udgang. *Nissl* paadutter nu de psykiatrer, der er tilhængere af den symptomatologiske betragtningsmaade, at de lader haant om alle disse vigtige medbestemmende faktorer, og paastaar, at for dem er den psykiatriske diagnose udtømt, naar de har karakteriseret og analyseret den psykiske tilstandsform, de i undersøgelsens øjeblik finder hos patienten, naar de med andre ord — og for at bruge et hjemligt udtryk — har bestemt det eller de psykiatriske radikaler,

hvorover psykosen er bygget. Der er ingen grund til at spilde mange ord paa paavisningen af det tendentiøse i hele denne betragtningsmaade. Paa den ene side er studiet af den psykiske tilstandsform selvfølgelig punctum saliens ogsaa for den psykiater, der er tilhænger af den kliniske betragtningsmaade, da det er igennem den, han naar til at konstatere alle de ejendommeligheder ved det foreliggende tilfælde, der, sammenholdt med tidligere observerede tilfælde, hvis forløb han kender, gør det muligt for ham at stille diagnosen og anbringe patienten paa den rette plads i det psykiatriske system. Og paa den anden side vil enhver psykiater, der overhovedet tænker over sine patienters tilstand, ikke kunne undgaa at prøve paa at faa patienten til at passe ind i et psykiatrisk system, det være sig nu Heidelbergerskolens eller et andet, og i ethvert af disse systemer er der selvfølgelig som overalt i den øvrige medicinske systematik taget hensyn til alle de faktorer, som *Nissl* alene vil forbeholde de klinisk tænkende psykiatrer. Det er Heidelbergerskolens store fortjeneste, at den ved at skyde spørgsmaalet om prognosen, der jo overalt i den øvrige praktiske lægekunst er det spørgsmaal, der først kræver et svar, saa stærkt i forgrunden, har skærpet kravene til en exaktere undersøgelse af sindssyge, og at den ved at fremhæve enkelte kliniske ejendommeligheder, saavel hvad symptomer som forløb angaar, har uddybet vort kendskab til og forstaaelse af visse bestemte sygdomsformer. Men at Heidelbergerskolen ikke har fundet den blaa blomst, der hedder en psykiatrisk systematik, derom overbevises man snart, naar man søger at føre *Kraepelin*'s system ud i den praktiske psykiatri, for selv om man gør en meget udstrakt brug af princippet: hug en hæl og klip en taa, saa viser det sig, jo mere man ser af sindssyge, desto flere maa man anbringe i særlige klasser udenfor systemets rammer.

Jeg skulde ikke have trættet Dem med denne rede-

gørelse, hvis ikke *Nissl* i sit foredrag havde søgt at gøre sine psykiatriske synspunkter gældende ogsaa overfor spørgsmaalet om betydningen og forstaaelsen af de hysteriske symptomer ved psykoserne. *Nissl* indrømmer, at der foruden ved katatonien ogsaa — om end i langt ringere grad — findes hysteriske symptomer ved de andre former af sindssygdom. Men skønt han paastaar, at man ikke er i stand til at skelne de ved psykoserne forekommende hysteriske symptomer fra dem, der forekommer ved den simple hysteri, saa mener han dog, at de hysteriske symptomer ved psykoserne intetsomhelst har med hysterien at gøre, men er at opfatte som symptomer paa den tilstedeværende sindssygdom. Og denne opfattelse mener han at kunne opretholde i kraft af sin kliniske betragtningsmaade. Det er kun skade, at *Nissl* som klinisk tænkende psykiater kommer i konflikt med en anden disciplin, nemlig neurologien, hvis force alle dage netop kliniken har været. *Nissl* siger et sted i sit foredrag, „at det eneste sikkre kriterium for et symptoms hysteriske natur er paavisningen af en tilstedeværende hysteri hos patienten“, og lidt længere fremme, „at vi kun er berettiget til at tale om hysteriske symptomer, hvor tilstedeværelsen af en hysteri kan paavises.“ Ved første øjekast maa jo en betragtningsmaade af denne art forekomme ganske bagvendt, i alt fald i høj grad paradoksal. *Nissl* kræver, at før man er berettiget til at opfatte symptomer, der indtil dato har været anset for patognomoniske for hysterien, og uden hvis tilstedeværelse man ikke har kunnet stille denne diagnose, som hysteriske, skal man have konstateret, at patienten lider af hysteri. Hvad der har forledt *Nissl* til denne tilsyneladende højst besynderlige opfattelse, er hans sværmeri for sygdommens forløb. Hvad det drejer sig om for ham, er at konstatere, hvad han kalder for den hysteriske karakterforandring, der er den baggrund, paa hvilken alle de psykiske og somatiske symptomer ved hysterien tegner sig, og som er medfødt, og

som en rød traad gaar gennem hele patientens livsførelse og præger hans gøren og laden saavel i sund som i syg tilstand. Det vil være indlysende, at hvis denne betragtningsmaade skulde blive den herskende ogsaa indenfor neurologien, saa vil det betegne et fuldstændigt brud med fortiden, vil betyde, at den erobring for den kliniske neurologi, som i sin tid blev foretaget under Salpêtrièreskolens førerskab, udleveres til den i klinisk henseende vageste og mindst eksakte af alle de medicinske discipliner, nemlig til psykiatrien. Salpêtrièreskolens fordring var jo over alt, hvor talen var om hysteri: paavisningen af de hysteriske stigmata, og hvad der gjorde disse stigmata saa værdifulde i diagnostisk henseende, var, at de ingenlunde sjældent var permanente, saaledes at de fandtes ogsaa udenfor de sygelige perioder, midt under patientens virksomhed og færden ude i livet. Men nu kommer *Nissl* og siger: stigmata, de betyder intet; det, der kaldes stigmata, kan findes som led i og optræde som symptom paa en hvilkensomhelst psykose; nej, det, det kommer an paa for den, der vil have lov til at gælde for tilhænger af den eneste saliggørende kliniske betragtningsmaade og ikke vil stødes over i symptomatologernes pariakaste, det er at tage hensyn til forløbet, og de hysteriske stigmata bliver først at betragte som symptomer paa hysteri, naar man har paavist den hysteriske karakterforandring.

For den, der daglig har lejlighed til at glæde sig over den eksakthed, der kendetegner den kliniske neurologi, og daglig har lejlighed til at kæmpe med og lide under den usikkerhed og det meget gætteværk, der findes i psykiatrien, for ham kan det ikke stille sig anderledes end som et skæbnesvangert tilbageskridt, hvis kriterierne for diagnosen hysteri bliver forlagt fra det neurologiske til det psykiatriske omraade. En hysterisk sensibilitetsforstyrrelse, af hvad art den ogsaa er, en ptosis, en afoni, en parese, en ovari, et krampeanfald, kan demonstreres paa en maade, saa at enhver, der har de

nødvendige forudsætninger, kan erkende disse symptomer. Men enhver, der ved, hvor vanskeligt det ofte er at afgøre, og hvilken dissens der tit kan være selv mellem gode iagttagere om, hvorvidt en eksaltation i et givet tilfælde har de karakterejendommeligheder, der vilde gøre, at patientens tilstand rettelig burde opfattes som et led i en maniodepressiv psykose, eller de ejendommeligheder, der vilde indrangere den mellem katatonierne, vil stille sig overordentlig tvivlende overfor muligheden af at finde saa sikkre holdepunkter for diagnosen af den hysteriske karakterforandring, at man i alle tilfælde kunde lide paa den. At noget saadant i alt fald ikke er lykkedes endnu, faar man et meget levende indtryk af, naar man gennemlæser den skildring af den hysteriske karakterforandring, som *Kraepelin* har givet. Som karakteristik for hysterien nævner *Kraepelin:* stor aandelig livlighed parret med overfladiskhed og lettroenhed; ubestandighed i interesser; hængen sig i det udvortes; mangel paa evne til at søge til bunds i tingene; en hang til at bedømme forhold og mennesker efter det ydre, første indtryk; tilbøjelighed til at blande sig i andre folks anliggender og glæde sig over skandaler; upaalidelig reproduktion af erindringsbilleder og lyst til at udsmykke det oplevede; vekslen i stemning; stærk modtagelighed for og heftighed i reaktionen paa alle psykiske paavirkninger; mangel paa udholdenhed; trang til at gøre sig til midtpunkt overalt; forhøjet selvfølelse; længsel efter at opleve noget nyt og uhørt; forhøjet suggestibilitet; lyst til at pynte sig og tage sig ud til sin fordel. Jeg tvivler paa, at der er mange mennesker, der ikke med lidt ond vilje fra observators side maatte strække gevær og lade sig indrullere i hysteriens store hær, hvis denne beskrivelse blev anlagt som maalestok for hans karakter. Det meste af, hvad der paa erkendelsens og tænkningens omraade anføres, er jo i virkeligheden kun en mere eller mindre udpræget hypertrofi af saa almenmenneskelige egenskaber og smaa

synder, at de umuligt kan anvendes som diagnostiske kriterier. Og en karakterforandring, der spænder over hele det menneskelige følelseslivs klaviatur og i sig rummer repræsentanter paa den ene side for den mest gennemførte egoisme, der intet middel skyr for at sætte sin vilje igennem, og paa den anden side repræsentanter for den mest udprægede altruisme, der i sin barmhjærtighedstrang intet hensyn kender til sig selv, den er for usikker og omfattende til at kunne være afgørende for diagnosen af en i mange tilfælde saa vanskelig erkendelig sygdom som hysterien. Og hvad der for mig er det bedste bevis herpaa er, at hvis man f. eks. læser *Morel*'s klassiske beskrivelse af den psykiske degeneration eller *Magnan*'s redegørelse for de desequilibreredes sjælstilstand igennem, saa findes der saa mange og store lighedspunkter mellem disse og *Kraepelin*'s udmalen af den hysteriske karakterforandring, at det i mange tilfælde vilde være umuligt at skælne dem fra hinanden. Og det ligger ogsaa i sagens natur, at det maa være saadan, thi det samlingsmærke, der vajer over det store antal af hysterierne og psykoserne, er jo netop den sjælelige degeneration, og den præger selvfølgelig sine folk, hvad enten de udvikler sig til hysterikere eller til sindssyge.

Men der er endnu et forhold, *Nissl* ganske har overset, rimeligvis fordi han i sin egenskab af psykiater kun har observeret tilfælde af hysteri med stærkt understregede psykiske symptomer, og det er, at der findes tilfælde af hysteri uden nogensomhelst art af karakterforandring eller andre psykiske symptomer. Hos en ung pige med hysterisk stupor, jeg om lidt skal omtale, var det ikke muligt, trods den mest indgaaende eksamination af hendes paarørende, at finde nogetsomhelst træk i hendes livsførelse eller følemaade, der berettigede til antagelsen af noget psykisk abnormt hos hende. Og der er sikkert adskillige af Dem, mine damer og herrer, der kan nævne eksempler paa, hvorledes et stærkt psykisk

traume hos et tidligere fuldstændigt sjælelig sundt individ har fremkaldt et eller flere karakteristiske hysteriske symptomer, og hvorledes disse efterhaanden er svundne, og patienten er vendt tilbage til sin tidligere fuldstændigt normale modus vivendi, uden nogen sinde senere at faa symptomer af lignende art. Og at den hysteriske karakterforandring, der jo, som De erindrer, skal være medfødt, ikke er en conditio sine qua non for opstaaelsen af en hysteri, derfor taler de traumatiske hysterier tilstrækkelig tydeligt. Hvor *Nissl* vil anbringe alle disse patienter, forstaar jeg ikke. Hans ræsonnement forekommer mig at være ligesaa uholdbart, som vilde han sige, man ikke har lov til at stille diagnosen epilepsi, selv om man har observeret et krampeanfald og erkendt det som typisk, og selv om man har udelukket baade muligheden af en organisk hjærnelidelse og alle de ekso- og endogene toksiner, der kan give anledning til epileptiforme anfald, før man har konstateret den epileptiske karakterforandring, og dog er denne i mange tilfælde af ganske anderledes haandgribelig prægnans, end den hysteriske er det. At knæsætte *Nissl*'s betragtningsmaade af hysterien vil i virkeligheden være det samme som at slaa dørene op paa vid gab for den lægmandsopfattelse, der i hysterien kun ser en større eller mindre samling af mere eller mindre moralske defekter, hvor løgn og komediespil dominerer. Og det, der hidtil har gjort hysterien til det, den er, gjort den til en erkendelig nosologisk sygdomsenhed, det, der har holdt sammen paa alt det proteusagtige i hysteriens symptomer og forløb, de hysteriske stigmata nemlig, vil ingen betydning have mere.

Nissl siger et sted i sit foredrag, at hverken han eller *Kraepelin* nogen sinde har set et tilfælde af hystero-mani eller hystero-melankoli eller hysterisk paranoia, men grunden hertil er ganske simpelt den, at hver gang han træffer paa hysteriske stigmata hos sindssyge, opfatter han dem som symptomer paa den psykose, hvoraf patienten lider.

Nissl er imidlertid saa uforsigtig, at han ogsaa erklærer aldrig at have set en hystero-epilepsi. Jeg forstaar ikke, hvorledes han da opfatter de tilfælde, hvor f. eks. hysteriske og epileptiske krampeanfald alternerer med hinanden og gør det paa saa udpræget en maade, at ikke blot lægen, der observerer dem, men patienten og hans paarørende, er ganske klar over, at han lider af to vidt forskellige arter af krampeanfald. Den eneste forklaring paa *Nissl*'s benægtelse er den, at han i kraft af sin kliniske betragtningsmaade lægger vægten paa karakterforandringen, og i de tilfælde, hvor den hysteriske karakterforandring er fremherskende, opfatter de epileptiske anfald som symptomer paa patientens hysteri, og i de tilfælde, hvor den epileptiske karakterforandring er udpræget, opfatter de hysteriske krampeanfald som symptomer paa patientens epilepsi. Det forekommer mig nemlig at ville være en fornærmelse at antage, at *Nissl*, naar han overhovedet føler sig berettiget til at udtale sig om disse forhold, skulde være uvidende om eksistensen af de tilfælde, hvor hysteriske og epileptiske krampeanfald forekommer forenede hos en og samme patient.

Det staar endnu tilbage for mig at undersøge, om klinikken giver *Nissl* ret i hans paastand om, at de ved sindssygdomme forekommende hysteriske symptomer altid er at opfatte som symptomer paa den tilstedeværende sindssygdom, og hvis dette viser sig ikke at være tilfældet, om det da er muligt klinisk at skælne de hysteriforme symptomer fra de hysteriske, der optræder som udtryk for en psykosen komplicerende hysteri. Det er dette spørgsmaals afgørelse, der til at begynde med vakte min interesse for hele denne sag, og jeg tror, det maa indrømmes, at det i mange tilfælde er af stor praktisk betydning at faa klaret spørgsmaalet. Jeg bliver imidlertid for at give Dem lejlighed til at bedømme mine paastandes rigtighed nødt til at referere en del sygehistorier. Jeg raader over nøjagtige optegnelser fra ca. 40 patienter, der led af de

mest forskelligartede psykoser, og hos hvilke der fandtes flere eller færre stigmata. At referere dem alle vilde imidlertid være uoverkommeligt, og jeg har derfor valgt kun at meddele enkelte af hver gruppe, idet jeg beder Dem erindre, at de sygehistorier, jeg nævner, kun er at opfatte som eksempler.

Den første patient, jeg vil nævne, var en 31aarig husbestyrerinde, der, som det saa ofte er tilfældet med vore patienter, indkom om natten, fordi hun i hjemmet havde givet sig til at prædike og havde paastaaet, at hun havde modtaget visioner af forskellig art. Paa afdelingen var hun til tider ganske overordentlig urolig, forlod sengen, snakkede og raabte højt, til tider var hun stærkt aggressiv, hvad der ofte kunde føres tilbage til hendes dybtgaaende og udbredte personforveksling og miskendelse af omgivelserne. Hun mente sig under fremmed indflydelse, paastod, hun var hypnotiseret, saa at hun blev tvungen til at raabe med høj stemme. Hendes udtalelser var ofte af religiøs natur, man skulde tro paa biblen og paa, at hun var jomfru Maria. Undertiden var hun deprimeret, græd over, at der blev sat brunt paa hendes søster (en sygeplejerske), der lignede en engel paa $2^1/_2$ aar og havde Valters øjne; til andre tider var hun næsten manisk opstemt, slog om sig, skældte ud, fordi hun ikke maatte komme til at tale med en god ven, som fandtes paa hospitalet forklædt som portør, hun paastod, at antikristens tid var kommet, og at antikristen var et dyr med mange hoveder. Hos denne patient fandtes flere stigmata, idet der paa venstre side af truncus, hals og arm fandtes analgesi, hvorimod venstre ben var frit, og analgesien til gengæld fandtes paa højre underekstremitet. Der var typisk reaktion ved tryk i højre fossa iliaca, hvor der fandtes en haandfladestor hyperæstetisk zone, farynksrefleksen manglede, og der var det nedenfor omtalte misforhold mellem de dybe reflekser paa underekstremiteterne og plantarrefleksene. Afdelingens diagnose paa denne patient var confus. ment., vel nærmest en dementia præcox.

Den næste patient, jeg vil omtale, er en 53aarig kone, der lige siden klimakteriets begyndelse havde lidt af en del hypokondre fornemmelser, for hvilke hun en gang tidligere havde været behandlet paa afdelingen. Hun blev nu indlagt, overflyttet fra amtssygehuset, hvor hun ikke kunde blive, fordi hun var urolig, søvnløs og ikke vilde spise. Hun var vel orienteret i sine egne forhold, men viste

sig straks fra begyndelsen af dygtig deprimeret, fortvivlet og grædende, sad op i sengen og gentog ustanselig: „Aa Gud, aa Gud, lad mig dog snart dø, giv mig dog den gift, lad mig dog snart komme af med livet.“ Til tider var hun angst, mente, hun skulde slaas ihjel, laa og ventede paa, hun skulde slæbes bort og slagtes. Hun snørede et par gange lagenet om halsen paa sig og forsøgte at kvæle sig. Nu og da bad hun, om man ikke vilde slaa hende ihjel straks, for at hun kunde undgaa alt det rædselsfulde, der ventede hende. En tid prøvede hun paa at sulte sig ihjel, hvorfor hun maatte tvangsmades. Ogsaa hos denne patient fandtes der udprægede hysteriske symptomer. Det viste sig, at der omkring højre knæ, hvori der fandtes en ankylose efter en gammel tuberkuløs affektion, fandtes en hyperæstetisk zone, fremdeles opstod der ved tryk i højre fossa iliaca først højrøstet klage og snappende respiration, men efterhaanden som trykket vedvarede, faldt hun hen i en letargisk tilstand, hun laa med rolig, men hurtig respiration, og det viste sig, at hun under denne tilstand var fuldstændig analgetisk paa hele hudens overflade og paa cornea og slimhinder, kun ved stik paa det hyperæstetiske parti omkring højre knæ reagerede hun paa samme maade paa smærtelige indtryk som før anfaldet. Patientens melankoli var under første del af hospitalsopholdet ganske uforandret, men de hysteriske symptomer svingede ganske uafhængigt heraf. Der var dage, hvor ovarien og den letargiske tilstand ikke kunde fremkaldes, andre hvor den hyperæstetiske zone fandtes i højre fossa iliaca og ikke omkring knæet, atter andre, hvor der overhovedet ingen hysteriske symptomer lod sig paavise. Foruden de her omtalte stigmata var ogsaa det *Hallager*'ske symptom til stede i udpræget grad, og det fandtes, hvad jeg har iagttaget ved flere andre lejligheder, ogsaa under en febril periode hos patienten.

Den næste patient, jeg vil omtale, er en 47aarig enke, der i længere tid før indlæggelsen havde været deprimeret, endog havde truet med at drukne sig. Paa afdelingen viste hun sig til at begynde med dygtig ængstelig, paastod, hun var under en mystisk, unaturlig paavirkning fra en ung mands side, han hypnotiserede hende søvnig om dagen, og en nat havde hun ganske tydelig mærket ham, medens hun sov, og havde da coitushallucinationer. Siden den tid synes hun, folk ser underligt paa hende paa gaden, og den tanke er dukket op hos hende, at et menneske, som hun ved vil hende ondt, har faaet nys om disse ting, og dels paavirker hende med elektricitet, som hun mærker gaar som ryk igennem hende, dels vil den unge mand ondt, hvad hun bønfalder om ikke maa

ske, da hun holder saa meget af ham, og han er af god familie og en studeret mand. Efterhaanden blev hun mere tilbageholdende i sine udtalelser, tavs og mistroisk overfor omgivelserne paa paranoisk vis, af og til kom hun med udtalelser, der røbede hende som stærkt hallucineret; en dag havde hun en hvinetur paa et par minutter, og som aarsag angav hun, at en stemme havde sagt til hende, at hun skulde græde meget, skulde græde blod; en anden dag sad hun fortvivlet og græd, fordi stemmerne havde sagt hende, at sønnen var draget med ind i det seksuelle drama og havde stjaalet en cykle. Hendes tilstand forværredes under hospitalsopholdet, hun blev mere og mere ængstelig og forpint af sine hallucinationer. Hos denne patient fandtes der fire hyperæstetiske zoner, to over begge mammæ og to større i fossa iliaca. Endvidere opstod der ved tryk i begge fossæ iliacæ, stærkest i højre, en typisk reaktion, hun lukkede øjnene, blev kongestioneret til kinderne, respirationen blev hurtig og overfladisk, nakken bøjedes tilbage i hovedpuden, og columna krummede sig opistotonisk. Men skønt hendes melankoli var ens i karakter og yttringsmaade, skiftede de hysteriske symptomer jævnlig under opholdet paa hospitalet.

Hos en af vore observationspatienter, en 26aarig tjenestepige, der var tiltalt for tyveri, og som to gange tidligere havde ligget paa afdelingen med ængstelig depression ledsaget af hallucinationer, fandtes der ligeledes under sidste hospitalsophold en psykose, der væsentligst karakteriseredes ved en hvileløs angst og en psykisk depression, der i alt fald til dels skyldtes de mange hallucinationer, der uophørlig skældte patienten ud, bebrejdede hende, hvad hun havde gjort, sagde, at det var forkert alt sammen; undertiden talte stemmerne saa hurtigt, at hun ikke kunde opfatte dem. Hos denne pt. fandtes tre hyperæstetiske zoner, og hyperæstesien var saavel kutan som dyb, der var begyndende typisk reaktion ved tryk i h. fossa iliaca, farynksreflekserne manglede, det *Hallager*'ske symptom var til stede, de dybe reflekser vare livlige, plantarreflekserne meget svage, og patienten oplyste, at hun et par gange havde haft latterkrampe, der kunde vare et kvarterstid og beherskede hende paa fuldstændig imperativ maade.

Jeg vil dernæst nævne et par tilfælde, som kommer ind under de manio-depressive psykoser:

I det første drejede det sig om en 17aarig tjenestepige, der indkom paa hospitalet, fordi hun hjemme havde gjort selvmordsforsøg ved at stikke en gasslange i munden og aabne for gassen. Hun

var fuldstændig klar og orienteret, oplyste, at hun i et par maaneder havde følt lede ved livet, ønskede sig død, hun var en del hemmet, dygtig deprimeret; en dag fandt hun lejlighed til at dunke hovedet imod sengekanten, en anden gang drak hun en flaske med sprit og glycerin, og begge dele motiverede hun med, at hun var ked af livet. Der var til tider en rastløs uro over hende, hun gik klynkende op og ned ad gulvet, til andre tider laa hun stum og halvstuporøs hen. Et par gange forsøgte hun paa at tage livet af et par gamle, syge patienter, en gang ved at lægge hovedpuden over ansigtet, en anden gang ved at stikke et tørklæde ind i munden paa vedkommende, hun mente, de gamle mennesker maatte hellere dø end ligge saadan og lide. Der var under dette hospitalsophold ingen hysteriske stigmata hos patienten. Hun blev overflyttet til St. Hans hospital, og var der et halvt aars tid, hvorefter hun af sine paarørende, der, som det saa ofte er tilfældet med sindssyges slægtninge, mente, at hun ikke kunde taale det stille liv, men trængte til adspredelse, blev taget ud af hospitalet. En af de første aftener efter udskrivningen tog familien hende med hen i Scala, hvor der bl. a. optraadte en forvandlingskunstner, der fremstillede de fire temperamenter. Melankoliens ansigt kunde patienten imidlertid ikke blive kvit, og om natten viste dette ansigt sig for hende ved sengen, hun blev urolig, ængstelig, gav sig til at synge religiøse sange og talte om selvmord. Paa afdelingen var hun den første tid deprimeret, vidste godt, at hendes fremtid var ødelagt, og der kun ventede hende ulykke, hun havde intet blivende sted her, og en enkelt gang fandt hun lejlighed til at binde lagenet om halsen paa sig. Hun var hallucineret paa hørelsen, og stemmerne opfordrede hende til at tage livet af sig. Men efterhaanden udviklede der sig en submanisk tilstand, med stærk talestrøm og tydelig tankeflugt. Hun talte i en pseudovidenskabelig jargon, talte om, hvor længe hun skulde være observativt forsøgsobjekt, mente, afdelingen var en anstalt for sindssyge, alkoholister og epileptikere, der blev sendt hjem efter endt restaurering. Napoleon var ogsaa epileptiker, hun oplyser om, at hjærnen er bevidsthedens sæde og centralstationen for nervernes udgang, hun finder det mærkeligt, at man giver hende alkohol ɔ: amylenhydrat et par timer efter, at hun har faaet et afholdsblad at læse; skal nok sørge for ikke at komme til St. Hans, hun trækker bare i nødbræmsen, det koster kun 20 kroner, ironiserer over moderkærligheden, der bl. a. giver sig udslag i, at hendes moder før den sidste rejse til St. H. har forsynet hende med saa mange haarnaale, som skulde hun være der hele sit liv, hun skælder ud paa Vorherre, som hun ikke tror paa, og paa præsterne og paa jour-

nalisterne, hvilke sidste hun ønsker ad helvede til. Efterhaanden steg eksaltationen til en saadan højde, at man maatte anvende hyoscin subkutant for at dæmpe den. Hos denne patient fandtes der i det depressive og submaniske stadium — da eksaltationen steg, lod forholdene sig ikke undersøge — stærk og typisk ovari med en haandfladestor hyperæstetisk zone i højre fossa iliaca; endvidere fandtes der til tider en typisk fleksionskontraktur i albu og fingerled, endvidere var det *Hallager*'ske symptom af og til til stede. Og endelig frembød hun et symptom, som sikkert var af funktionel natur, idet hun til stadighed laa og smækkede med tungen, medens munden holdtes lukket. Hun oplyste, at det skrev sig fra den sidste tid af opholdet paa St. H., hvor hun havde haft en angina; som regel var den lyd, hun fremkaldte, ikke særlig stærk, men trykkede man hende i højre fossa iliaca, steg den baade i frekvens og højde, og det lød da nærmest, som havde hun en af de i sin tid forbudte criscriser i munden. Dette symptom svandt, efterhaanden som patientens eksaltation tiltog.

Det andet tilfælde af manio-depressiv psykose, jeg vil nævne, var en 14aarig pige, der ca. 10 dage før sin første indlæggelse var begyndt at blive tavs og indesluttet, spiste kun lidt og sov daarligt. Ved indlæggelsen var hun deprimeret, dygtig hemmet, svarede kun med hviskende stemme; hun var ængstelig og opfyldt af en mængde melankolske vrangforestillinger; hun var en slem pige, havde ikke været god og lydig imod sine forældre, havde ikke villet gaa i byen for sin fader, var fortvivlet over, at Gud var vred paa hende. Under det første hospitalsophold fandtes der af hysteriske stigmata kun ovari med typisk reaktion ved tryk i højre fossa iliaca. $^3/_4$ ar efter indkom hun atter. Hun havde i mellemtiden været naturlig, var blevet konfirmeret og havde faaet en plads, som hun passede. Men kort før indlæggelsen var hun blevet eksalteret, snakkede ustanseligt, var en nat staaet op, havde overstreget sin konfirmationsattest og skrevet „løgn“ tværs over den. Paa afdelingen var hun i en submanisk tilstand, talte meget, var ophøjet og slagfærdig, nu og da kværulerende, men uden vrangforestillinger, og hendes eksaltation havde det puerile, ufærdige præg, der udmærker barnepsykoserne. Af hysteriske stigmata fandtes der hos hende en universel hyperalgesi, der i højre fossa iliaca afbrødes af et haandfladestort parti, hvor hun reagerede stærkt for den svageste berøring, der var typisk ovari, endvidere laa hun ofte med smaa kloniske trækninger i begge arme, og de første dage var hun hæs og havde en meget udtalt hysterisk dyspnoe. Farynksreflekserne manglede, og det *Hallager*'ske symptom var ofte til stede.

Til slutning skal jeg nævne et par sygehistorier, hvor der foruden tydelige psykiske symptomer var en utvivlsom imbecilitet til stede.

I det første tilfælde var det en 15aarig pige med ret stærk hereditær disposition. Hun blev indlagt under diagnosen encefalopati og klagede ogsaa den første tid en del over hovedpine, men lod senere til at glemme hovedpinen og klagede da over smærter i underlivet. Det viste sig imidlertid snart under observationen paa afdelingen, at disse klager var af psykogen natur. Hun var til tider ganske overordentlig tung og træg, ikke til at faa op om morgenen, og ofte lagde hun sig midt paa dagen i sengen under et eller andet paaskud. Der laa hun saa tavs og mut, halvstuporøs hen, med armen over hovedet, ikke til at drive til noget, en time efter kunde man træffe hende fnisende og fjantet med ligesaa ringe motivering. Hos denne patient fandtes der en analgesi af hele højre arm i sin totalitet, der fandtes endvidere en stor hyperæstetisk zone i højre fossa iliaca, ved tryk paa hvilken der opstod typisk reaktion, og naar trykket hævedes, faldt hun for en tid hen i en letargisk tilstand, endvidere var det *Hallager*'ske symptom til stede. Denne patient er atter indkommet paa hospitalet for knap fjorten dage siden. Hendes psykiske tilstand var i alt væsentligt uforandret, hvorimod de hysteriske havde skiftet karakter. Den nævnte hyperæstetiske zone i h. fossa iliaca var flyttet over i v. side, hvorimod analgesien af højre arm var svundet. Derimod fandtes der en komplet analgesi af venstre ben, kombineret med en diffus udbredt og komplet paralyse. Kun ét sted paa underekstremiteten, nemlig omkring malleolus externus, var der hyperalgesi.

En anden patient af denne art, jeg vil nævne, var ligeledes stærkt disponeret til sindssygdom. Hendes sygdom begyndte for to aar siden med smærter i hovedet, men efterhaanden har der udviklet sig en sværm af forskelligartede hypokondre fornemmelser. Ogsaa denne patients væsen var i begyndelsen af opholdet dygtig vekslende. Snart laa hun ganske død hen, med selvopgivende udtryk, snart var hun fjantet og kaad, udskældende og fornærmet, men der var stadig noget imbecilt over hele hendes optræden. Under den sidste del af hospitalsopholdet forandredes hendes opførsel noget, hun var deprimeret, gik grublende og bekymret omkring, talte meget lidt og holdt sig for sig selv, og det viste sig da ogsaa, at hun var stærkt hørelseshallucineret, stemmerne bagtalte hende, beskyldte hende for ting, som hun erklærede „ingen forstand at have paa“, men som

ængstede og pinte hende meget. Hos denne pt. fandtes dels udbredt analgesi, dels udbredt hyperalgesi. Endvidere havde hun i flere aar lidt af indtil timer varende krampeanfald, der synes at have været af hysterisk natur med omtaaget bevidsthed og synshallucinationer. Der var typisk reaktion ved tryk i højre fossa iliaca. Der var livlige dybe reflekser og manglende plantarreflekser, hun skildrede endvidere, hvad man kunde kalde for en globulus inferior, hun fik nemlig nu og da en sammensnørende fornemmelse i højde med umbilicus, og der steg som en kugle op til prækordiet, hvor der optraadte en smærtefuld sammensnøring, ledsaget af hjærtebanken, angst og dyspnoe, og endelig var det *Hallager*'ske symptom til stede.

Jeg kunde som sagt endnu referere adskillige sygehistorier med ligesaa slaaende et sammentræf af psykiske og hysteriske symptomer som i de her anførte, og adskillige af dem har det kostet mig en del resignation at lade uomtalte. Jeg tror imidlertid, at de nævnte er tilstrækkelig talende til at kunne motivere min opfattelse af dette forhold. De vil have set, at det er ganske ligegyldigt, om det er radikalet, hemningen eller flugten, forvirringen eller vrangforestillingen, psykosen er bygget over, og ganske ligegyldigt, om den psykiske tilstandsform repræsenterer det eneste led i psykosen eller maa opfattes som en af faserne i en i symptomatologisk henseende flersidig psykose, eller den kun optræder som en sjælelig defektuositet; de hysteriske symptomer findes ved dem alle. Og den maade, hvorpaa disse hysteriske symptomer giver sig et klinisk udtryk, er ganske uafhængig af den psykopatologiske tilstandsform, hvori patienten befinder sig; de optræder ganske under samme former og med samme karakter som ved den almindelige hysteri uden psykiske symptomer, og de præges ikke paa nogen maade af disse. Og paa den anden side præger de heller ikke selv de psykiske symptomer, hvoraf patienten lider. For blot at nævne et eksempel vil jeg minde om den anden patient, jeg omtalte, og som led af en klimakteriel melankoli. Der er intet i hendes psykiske depression, der er afvigende fra, hvad

man ellers finder, hendes klager er ikke mer larmoiante, end man tit ser det, hendes melankolske vrangforestillinger er af den typiske art, hendes ængstelse for fremtiden, hendes sortsyn, hendes hemning med den koncentriske indsnævring af hele bevidsthedsindholdet, der kun raader over en begrænset og til monotoni sig gentagende forestillingsrække, gør, at man uden tøven stiller diagnosen melankoli, og dog findes der her udtalte og karakteristiske hysteriske stigmata.

Men der er et forhold endnu, det er af betydning at faa klaret, og det er: hvorledes forholder de psykiske og hysteriske symptomer sig til hinanden, naar man tager hensyn til deres forløb. Jeg har allerede i det foregaaende anført flere eksempler paa, hvorledes den psykopatologiske tilstandsform holdt sig fuldstændig uforandret, medens de hysteriske symptomer svandt eller skiftede karakter. Jeg kan derfor indskrænke mig til kun at referere et enkelt særlig slaaende eksempel af denne art for at stille denne saa vigtige side af sagen i fuld belysning.

Patienten var en 47aarig husmandskone fra Herningegnen, der i mange aar havde lidt af en sværm hypokondre klager af forskellig art og tilsidst var havnet paa Frederiks hospital, hvor hun i den tid, hun tilbragte der, satte alle hospitalets specialister i aktivitet.

Da hun imidlertid blev grædende og urolig, forlod sengen, talte om, at hun skulde slaas ihjel, og viste sig at være hallucineret, blev hun overflyttet til os. Paa afdelingen viste hun sig at være angst, gemte sig under tæpperne af frygt for omgivelserne, erklærede, at hun helst vilde dø, bad bønligt for sine børn, som hun paastod var blevet skudt, hun havde selv hørt skuddene, og hørt, hvorledes kisterne blev hejset op og ned, hun sagde, at datterens kæreste havde faaet gift, vilde hjem til Herning for at dø, men hvis hun skulde skydes herovre, udbad hun sig den begunstigelse, at hun maatte blive skudt af „æ doktor“. Hos denne patient, hvor den psykiatriske diagnose vel nærmest maa komme til at lyde paa en angstfuld melankoli, var der paa Frederiks hospital konstateret en kutan hyperæstesi af abdomen med dobbeltsidig ovari og spinalømhed af nederste del af hvirvelsøjlen, og endvidere en venstre-

sidig hemianæstesi. Paa VI. afdeling fandtes i de første dage intet af dette, men nogle dage senere konstateredes ovari, men ingen hyperæstesi, og hemianalgesien viste sig overhovedet ikke under pt.'s ophold paa afdelingen. Derimod frembød hun i den første tid det ganske typiske billede paa en astasi-abasi. I sengen havde hun ganske gode kræfter i benene, men stillede man hende op paa gulvet, kom hun til at ryste og sank sammen som en sæk eller lod sig glide ned ad en af de omkringstaaende. Efter godt og vel 14 dages forløb gik hun imidlertid uden vanskelighed. Endvidere konstateredes en enkelt dag analgesi af begge crura, en analgesi, der stansede paa den typiske maade ved knæet. Og disse hysteriske symptomer kom og gik, uden at patientens psykiske tilstand forandredes.

De har saaledes set, at heller ikke hvad forløbet angaar, afviger de ved psykoserne forekommende hysteriske symptomer fra dem, man finder ved den ukomplicerede hysteri, det flygtige, det serpentineagtigt skiftende, genfindes her i hele sin vekslende mangfoldighed. Der forekommer mig derfor ikke at være nogen grund til pludselig at give disse symptomer, der ikke afviger det mindste i optrædelsesmaade eller forløb fra dem, man ser ved den almindelige hysteri, en ganske ny betydning og betragte dem som symptomer paa den psykose, hvoraf patienten lider. Disse hysteriske symptomer er for det første ikke et udtryk for den psykopatologiske tilstandsform, der behersker patienten; for det andet afviger de i deres kliniske optrædelsesmaade ikke i nogen henseende fra dem, man finder ved de almindeligt forekommende tilfælde af hysteri uden psykiske forstyrrelser, og for det tredje forløber de ganske uafhængig af grundlidelsen, uden at paavirke denne eller paavirkes af den, og de forløber netop saadan, som de hysteriske symptomer ved hysterien gør det. Det er disse tre kriterier, der ellers overalt i den kliniske medicin karakteriserer komplikationen; hvorfor saa ikke ogsaa anerkende den i psykiatrien? Noget andet er, at begge arter af symptomer, saavel de psykopatologiske som de hysteriske, have et

fælles grundlag, for saa vidt som det brændpunkt, hvorimod de begge stiler, er den sjælelige degeneration, der i ét tilfælde fører til hysterien, i et andet til psykosen og i et tredje fører til, at patienten frembyder symptomer baade paa sindssygdom og hysteri, men hver for sig lever disse symptomer deres eget liv ganske uafhængige af hinanden.

Men findes der da ikke hysteriforme symptomer ved psykoserne, symptomer, som i deres kliniske yttringsmaade kan ligne de hysteriske og dog være et symptom paa den psykose, hvoraf patienten lider? Jo, det gør der ganske utvivlsomt, men de forholder sig paa en ganske anden maade end de egentlig hysteriske symptomer gør det.

Jeg vil, for at gøre forskellen klar for Dem, referere et par tilfælde, der i klinisk henseende nærmest kommer ind under katatonien.

Der indkom juleaften i fjor en 49aarig ugift kvinde paa hospitalet. Der fulgte ingensomhelst oplysninger med hende, og hun selv var ikke at formaa til at svare. Hun laa hen fuldstændig passiv, med lukkede øjne, stiv holdning, gjorde modstand imod enhver art af undersøgelse. I de følgende dage laa hun hen paa samme maade, spiste ikke, talte ikke, der var kataleptisk stivhed af armene, hvorimod underekstremiteterne faldt slapt ned, naar man løftede dem i vejret. En enkelt gang forlod hun fuldstændig umotiveret sengen og løb hen til døren og tog i laasen, en dag ved stuegangen satte hun sig pludselig op i sengen og holdt hænderne fast foldede saa længe, at knoer og fingre blev hvide; en enkelt gang sad hun op i sengen i nogen tid og gentog uafbrudt: Kæmp for alt, hvad du har kært, dø, om saa det gælder o. s. v. Der var komplet analgesi over hele kroppen, og denne analgesi interesserede saavel næsens slimhinde som ogsaa cornea, iøvrigt fandtes der ingen hysteriske stigmata. Det oplystes senere, at pt. i 1/2 aars tid havde været deprimeret, og at hun ganske pludselig, efter at have ligget stiv og stum hen hele dagen, om aftenen paa indlæggelsesdagen for til vinduet og raabte efter politi.

Skønt denne patient klarede noget op under hospitalsopholdet, nærer jeg ingen tvivl om, at den tilstand, hvori hun i den første tid befandt sig, er at betragte som en

fase i en katatoni, og at prognosen for tilfældet derfor maa stilles daarlig. Det drejede sig jo i dette tilfælde om en stupor, men hvad der karakteriserede denne stupor, var dels den ganske lunefulde maade, hvorpaa den pludselig kunde afbrydes, og patienten give sig til at synge eller foretage en anden handling, hvis formaal det var vanskeligt at erkende, dels den tilstedeværende katalepsi og dels endelig negativismen, der gav sig udslag i en systematisk modstand imod alt. At den sensibilitetsforstyrrelse, patienten led af, ogsaa var et udtryk for hendes negativisme og ikke for en tilstedeværende komplicerende hysteri, derpaa tyder dels den omstændighed, at da hun klarede op og opgav sin negativisme paa andre omraader, svandt ogsaa analgesien, dels patientens eget udsagn, idet hun, i lighed med adskillige andre patienter af denne art, da hun klarede op, selv erklærede, at hun meget godt mærkede naalestikkene, men ikke vilde reagere paa dem. I et par tilfælde af lignende art paastod patienten, at det var hallucinationer, der jo meget ofte fuldstændig optager patientens hele forestillingsliv under en saadan stupor, der havde forbudt ham at lade sig mærke med noget. I god overensstemmelse med denne genese af analgesien staar det fænomen, at analgesien er universel. Der er ingen grund til, at patientens negativisme med forkærlighed skulde udvælge sig bestemte regioner og lade andre fri. Allerede denne universelle udbredning af analgesi er noget for den egentlige hysteri fremmed; de hysteriske sensibilitetsforstyrrelser udmærker sig jo netop i det store flertal af tilfældene ved deres halvsidige eller segmentære udbredning. Og at dette ogsaa gælder for sensibilitetsforstyrrelserne ved den hysteriske stupor, skal jeg nævne et eksempel paa.

Det drejede sig om en 28aarig, ugift kvinde, der ligesom den forrige patient indkom om natten med den oplysning, at hun knap en time i forvejen havde drukket noget morfinsaft, hvormeget kunde ikke oplyses. Aarsagen til hendes tentamen suicidii var den, at

hun, der i flere aar havde plejet sin syge moder, til hvem hun havde sluttet sig meget varmt, pludselig var blevet vækket og havde faaet at vide, at moderen var død. Hun var ved indlæggelsen fuldstændig klar, og i det første døgn sporedes der intet paafaldende hos hende ud over det, at hun, hver gang moderens død blev bragt paa bane, gav sig til at græde, og samtidig dermed opstod der smaa kloniske trækninger i armene. Der fandtes ingen hysteriske stigmata. Men den næste dag laa hun stuporøs hen, svarede enten slet ikke paa tiltale, eller kun med enstavelsesord, og talte aldeles ikke spontant, laa af og til og græd stille. Ved tryk i højre fossa iliaca opstod der en række kloniske trækninger i arme og ben, hun blev kongestioneret til ansigtet, og saavel in- som eksspirationen blev snappende. Naar man løftede hendes ekstremiteter i vejret, faldt de fuldstændig slapt ned. Der var ingen negativisme. Sensibilitetsundersøgelsen gav en højresidig analgesi, der indtog hele underekstremiteten og truncus til en cirkulær linje, skarpt afsat lige under papillen. Denne analgesi blev i h. fossa iliaca afbrudt af en haandfladestor hyperæstetisk zone. Det viste sig endvidere, at farynksrefleksen manglede, og at der var livlige dybe reflekser med manglende plantarreflekser, et forhold, *Buzzard* sikkert med rette har gjort opmærksom paa, er suspekt for en funktionel lidelse. I de nærmest følgende dage blev patienten noget livligere, men var dog stadig dygtig tung og træg. Tre dage efter, at den omtalte sensibilitetsforstyrrelse var konstateret, viste det sig, at analgesien havde bredt sig over hele h. legemshalvdel, ogsaa indtagende næseslimhinden og conjunctiva, og endvidere konstateredes en højresidig hemiparese af arm og ben, diffust udbredt. Efterhaanden er pt. blevet mere og mere naturlig, sensibilitetsforstyrrelsen og hemiparesen er taget godt af, og der er grund til at antage, at hun i en nær fremtid atter vil være rask.

At den stuporlignende tilstand, hvori patienten henlaa et par dage, var af hysterisk natur, kan vel næppe være tvivl underkastet, baade de ledsagende somatiske symptomer og forløbet taler jo et tilstrækkelig tydeligt sprog. Jeg skal kun yderligere gøre opmærksom paa den for hysterien saa karakteristiske période de méditation, der jo var overordentlig tydelig hos vor patient, idet saavel de psykiske som somatiske symptomer først opstod et døgn efter indlæggelsen.

Det er imidlertid ikke altid, at analgesien ved katatonien, selv naar den optræder som udtryk for patientens negativisme, er universel, men der findes dog ogsaa i de tilfælde ejendommeligheder ved den relative hyperalgesis topografiske udbredning, der gør, at man kan skælne disse sensibilitetsforstyrrelser fra de egentlig hysteriske.

Jeg skal som eksempel nævne en 44aarig arbejderske, som under største delen af opholdet paa afdelingen var eksalteret paa den for katatonikere paatagne, affekterede maade, hun sad i timevis og sang paa en og samme melodi en ganske usammenhængende tekst, til tider skreg hun op eller stod ud af sengen og lagde sig over hos en anden patient. Men en morgen ved stuegang laa hun fuldstændig todt, med stift, stillestaaende, maskeagtigt udtryk, hun blinkede kun yderst sjældent, hun vilde ikke spise, var fuldstændig stum; der var udtalt katalepsi af overekstremiteterne. Der var tydelig negativisme, bad man hende række tungen ud, bed hun kæberne fast sammen, forsøgte man at flektere i knæleddet, strammede hun extensorerne, saa at modstanden ikke var til at overvinde. Hos denne patient fandtes komplet og udbredt analgesi over største delen af legemets overflade, hvorimod hun reagerede paa naalestik i plantæ, paa indsiden af femora, i sideregionerne mellem cristæ ilei og kurvaturerne og omkring areolæ mammæ.

Hos denne patient drejer det sig altsaa om ganske andre regioner end hos hysterikere, og det drejer sig netop om regioner, hvor der, om jeg saa maa sige, findes en fysiologisk hyperalgesi — det er netop de samme lokaliteter, hvor man ogsaa hos normale mennesker finder en relativ ømtaalelighed for smærtefulde indtryk. Hos denne patient fandtes iøvrigt ogsaa et symptom, der tit har været mig til nytte ved bedømmelsen af sensibilitetsforstyrrelsens natur hos disse patienter; det viste sig nemlig, at skønt patienten angav komplet analgesi paa abdomen, var abdominalrefleks-erne endog usædvanlig livlige. Den stuporøse tilstand holdt sig kun et døgn, saa vendte patientens eksaltation tilbage, og samtidig hermed opgav hun fuldstændig sin negativisme, reagerede paa normal maade paa naalestik overalt og er-

klærede, at hun meget godt havde mærket naalestikkene den foregaaende dag, men ikke villet lade sig mærke med det. Ogsaa hos denne patient var der et nøje sammenhæng mellem negativismen og sensibilitetsforstyrrelsen, kun var negativismen ikke tilstrækkelig udpræget til, at patienten kunde gennemføre den konsekvent. Og dette var i endnu mindre grad tilfældet med en anden patient.

En 50aarig kone, der ligeledes under opholdet paa afdelingen frembød det for katatonien karakteristiske, bizarre, affekterede væsen. Hendes opførsel og tale var teatralsk, som spillede hun komedie, til tider var hun i høj grad højrøstet og lo højt, til andre indesluttet og tvær. Undertiden sad hun i timevis i samme stilling, en morgen stirrede hun uafbrudt ind i solen og maatte med magt bringes derfra, der var til tider tydelig katalepsi af overekstremiteterne. Af og til stod hun mekanisk ud af sengen og tog sengetøjet med. En morgen hældte hun pludselig en kop mælk ud over hovedet paa sig. Ogsaa hos denne patient var der negativisme, men ikke særlig gennemført, paa de fleste, selv de simpleste spørgsmaal, svarede hun: det ved jeg ikke, hun vilde ikke vise tungen, fordi den ikke var ren, men hun vilde heller ikke vise sine tænder, hun kan ved kraftig tiltale faas til at staa ud af sengen og gaa hen til døren, men der stiller hun sig op stiv som en støtte uden at vende om, før man atter energisk opfordrer hende til det. Hos denne patient fandtes der tilsyneladende ved en flygtig undersøgelse komplet og universel analgesi, men da man opsøger de føromtalte fysiologisk hyperalgetiske lokaliteter, rejser hun sig fornærmet op og frabeder sig yderligere undersøgelser af den art, men paa direkte spørgsmaal benægter hun vedholdende at kunne mærke noget, indtil hun pludselig opgiver dette standpunkt og nu reagerer normalt overalt, selv paa steder, hvor hun et øjeblik i forvejen havde angivet komplet analgesi. Jeg tror, De vil indrømme mig, at en opførsel af denne art hos en hysteriker vilde være noget ganske uhørt.

De tre eksempler, jeg har nævnt, forekommer mig meget slaaende at demonstrere sensibilitetsforstyrrelsernes afhængighed af den grad af beslutsomhed, der findes i patientens negativisme. Hos den første patient, hvor negativismen var dyb og meget udtalt, er analgesien det samme, hos den anden patient, hvor negativismen om end udtalt

dog kun optræder som en kortvarig episode, er analgesien ganske vist udbredt, men paa enkelte, særlig følsomme partier reagerer patienten for naalestik, og hos den tredje patient, hvor negativismen er mindre energisk og ogsaa paa andre omraader lader sig paavirke, f. eks. ved bestemt tiltale, der opgiver patienten relativt hurtigt analgesien som udtryk for sin negativisme.

Det er imidlertid ikke blot ved katatonien, at der findes saadanne hysteriforme symptomer. Ogsaa ved melankolien træffer man dem. Jeg skal som eksempel nævne et tilfælde af stuporøs melankoli.

Pt. var en 24aarig tjenestepige, der indkommer uden oplysninger og selv ikke kan give saadanne. Hun laa i den første uges tid fuldstændig apatisk hen, talte aldrig spontant, og svarede kun med enstavelsesord paa spørgsmaal. Spurgte man hende, hvor hun var, svarede hun: et løjerligt sted, hvis navn hun dog viste sig at kende, de fleste andre spørgsmaal besvarede hun med at spørge: hvor er Charly? hvad der viste sig at gælde hendes 2aars barn. Hun viste sig iøvrigt at være orienteret, paa direkte spørgsmaal erklærede hun, at hun følte sig saa ulykkelig, men vilde ingen grund angive. Der var ingen antydning af katalepsi, negativisme eller de øvrige for katatonien karakteristiske fænomener, hendes væsen og holdning, hendes faa bevægelser og enkelte udtalelser bar kun præget af en meget betydelig hemning, og hendes stemning og forestillinger var farvet af et almindeligt sortsyn, hun var fortvivlet over at tænke paa fortid og fremtid, uden at der dog kom egentlige vrangforestillinger til orde. Hos denne patient fandtes der til stadighed en komplet analgesi udbredt over hele legemets overflade, ligesom man ogsaa kunde stikke hende højt op i næsen og stryge hende med en pensel over cornea, uden at hun reagerede derpaa. Iøvrigt fandtes ingen hysteriske stigmata.

I dette tilfælde var analgesien ligesom ved det første tilfælde af katatoni, jeg nævnede, universel. Men ogsaa hos melankolske patienter hænder det, at man, naar man opsøger de følsomme lokaliteter, kan faa dem til at reagere. Men den maade, hvorpaa de gør det, er en ganske anden end katatonikernes. Jeg mindes saaledes en melankoliker,

der tilsyneladende var fuldstændig analgetisk, men naar man stak hende i plantæ, rejste hun sig pludselig op og sagde: Skaan mit liv og pin mig ikke, en anden forsikrede om, at hun nok skulde bekende alle sine synder, naar man blot vilde lade være med at dræbe hende. Allerede af disse uvilkaarlige udbrud fremgaar det, at sensibilitetsforstyrrelsens psykologiske motivering er en ganske anden ved melankolien end ved katatonien. Undertiden er den kun et udtryk for intensiteten af den psykiske smertefølelse, der optager og piner patienten, og som gør, at et saa relativt svagt sensitivt indtryk som et naalestik ikke stiger tilstrækkelig højt op over bevidsthedens tærskel til, at det perciperes tydeligt; men til andre tider er analgesien kun et udtryk for patienternes melankolske vrangforestillinger, idet den betegner patientens følelse af egen skyldighed, de betragter de smærter, der tilføjes dem, som en rimelig straf for alt det onde, de har begaaet, som en skyldig tribut, de betaler for deres umaalelige slethed. Men ligesom ved katatonien er den energi, hvormed analgesien fastholdes, afhængig af den intensitet, hvormed den psykopatologiske tilstandsform, der er grundlaget for symptomet, er til stede hos patienten; og ligesom ved katatonien er der et organisk sammenhæng imellem sensibilitetsforstyrrelsen og patientens psykose, saaledes at den første vokser ud af den anden og svinder, saa snart psykosen ophører.

Jeg tror, De maa indrømme mig, at der er en himmelvid forskel paa det psykiske grundlag for disse hysteriforme symptomer og saa de ægte hysteriske. I det ene tilfælde er der tale om et ræsonnement, om en bevidst undertrykkelse af smærtefulde indtryk og de afværgebevægelser, der fysiologisk følger som svar herpaa, der er med andre ord tale om en aktiv cellevirksomhed; i det andet tilfælde naar de smærtefulde indtryk overhovedet ikke bevidstheden, visse cortexgebeter er ligesom lukkede

ude fra omverdenen, her er altsaa snarest tale om et ophør af bestemte cellers virksomhed. Den teoretiske side af sagen har imidlertid kun sekundær interesse; hvad der forekommer mig at være af større betydning, og hvad der i alt fald for mit eget vedkommende har gjort, at jeg nu staar mindre usikker og vaklende overfor disse symptomer end tidligere, er, at jeg tror, man i det store flertal af tilfældene er i stand til klinisk at skælne de to arter af symptomer fra hinanden.

Der er jo i og for sig ikke noget nyt i paavisningen af hysteriske symptomer hos sindssyge, allerede *Guislain* omtaler i sine bekendte Leçons orales tilfælde af denne art, men hvad der skulde give de bemærkninger, jeg har fremført her i aften, nogen selvstændig værdi, er det forsøg, der er gjort paa at markere en forskel imellem de hysteriforme symptomer ved psykoserne, de symptomer, der vel i det ydre kan minde om, endog til forveksling ligne de hysteriske, men hvor de træder ind som et harmonisk led i og holder retning med de psykiske symptomer, og saa de hysteriske symptomer, der klart og tydeligt markerer sig som noget ganske akcessorisk, som en komplikation, der ikke paa nogen maade er udtryk for den psykose, hvoraf patienten lider, og som hverken i deres optrædelsesmaade eller forløb afviger fra, hvad man finder ved den almindelige ukomplicerede hysteri.

DEMENTIA PRÆCOX.

(HEBEFRENIEN).

MINE damer og herrer! Paa alle, der giver sig af med studiet af sindssygdommene, har ungdomsaarenes psykoser altid virket med en særlig tiltrækningskraft. Og det er i og for sig ikke til at undres over. Det er jo i disse aar, at menneskernes fremtid formes, og linjerne i deres personlighed drages op i de store træk. Og der er sikkert mange forældre, der i vore dage med en vis uro og hjærtebanken ser deres børn nærme sig de aar, hvor den store revolution, som pubertetstiden baade i legemlig og sjælelig henseende betyder, skal fuldbyrdes, og som med ængstelse og spænding følger saavel den gæring som den afklaring, tiaaret fra det 15. til det 25. aar selv under den normale udvikling repræsenterer. Det er nemlig efterhaanden gaaet op for et stort antal mennesker, at de sindsygdomsformer, der optræder i denne alder, rummer farer ikke blot for øjeblikket, men ogsaa for den fremtid, der venter individet.

Den fare, ungdomsaarenes psykoser indeholder, ligger for en del deri, at saa mange af dem, snart ganske snigende og jævnt, snart gennem mere eller mindre stormfulde eksalterede, deprimerede eller forvirrede faser, fører ind i et sløvsind, der ofte naar saa betydelige grader, at patienten i løbet af ganske kort tid frembyder billedet af den fuld-

stændige aandelige opløsning. Og hvad der ofte forøger det pinlige ved at overvære denne aandelige død, er, at de vegetative funktioner i mange tilfælde forbliver ganske uberørt af patienternes sindssygdom, saa at de kan tilbringe det ene aarti efter det andet i en saadan aaben begravelse. Jeg mindes fra mit ophold paa St. Hans hospital patienter, som var blevet indlagt i Frederik d. VI^s regeringstid, og som altsaa i to menneskealdre havde levet deres liv inden for anstaltens mure, forglemt af guder og mennesker, uden at det svageste indtryk fra livet udefra naaede ind til dem, ene optaget af deres rent legemlige fornødenheder og de faa flakkende rester af aandeligt liv, der gav sig udtryk i et ganske uforstaaeligt sprog og lige saa umotiverede handlinger. Der var for en teleologisk betragtningsmaade momenter nok til at falde i staver over meningen med en saadan patients tilværelse.

Men selv om denne dybeste grad af sløvsind ikke naas, og selv om patienten, efter at den akute psykose er overstaaet, retter sig saa vidt, at han igen kan vende tilbage til livet og fortsætte sit arbejde, saa vil det dog ofte vise sig, at hans hjærne ikke ustraffet har været udsat for de skadelige indflydelser, der har været aarsagen til hans sindssygdom. Man vil i adskillige tilfælde uden vanskelighed kunne paavise en diffus forringelse af hans aandelige ydeevne. Hans modstandskraft er svækket, hans evne til at sætte skuldrene imod de hindringer, der møder ham, og tvinge dem til side, er forringet, hans initiativ, hans selvstændighed, hans udholdenhed er brudt; ogsaa hans modtagelighed er sløvet, saa at paavirkninger udefra ingen svingninger frembringer i hans forestillings eller følelsesliv, men preller af imod hans passivitet og indifferentisme. Patienter af den art er derfor som regel udprægede egoister, den altruistiske samfølelse, som forestillingen om at være et led i et større hele, skaber, fattes ham ganske. Evnen til selvstændig arbejden og tænken, trangen til at paatrykke den gerning, han ud-

fører, et individuelt præg, er borte, han optages enten helt af det rent mekaniske og manuelle ved sit arbejde, eller ogsaa fordyber han sig i intetsigende smaating og digressioner, uden nogen sinde at faa øje for de større skillelinjer, der hjælper til at danne et samlende overblik.

Men mellem disse lavere grader af demensen, der i og for sig ikke forhindrer patienten i at færdes ude i livet, og den fuldstændige aandelige opløsning, jeg før nævnede, ligger der en hel skala af sløvhedstilstande, der faar deres rent ydre præg fra de vrangforestillinger og hallucinationer, eller fra de ejendommelige udslag, som deres psykose giver sig, enten i sproglig henseende eller ogsaa i de sære, umotiverede handlinger og bevægelser, som disse patienter frembyder, og som i mange tilfælde kan erkendes som reminiscentser fra den mere akute fase i deres sindssygdom.

Imidlertid er der ogsaa juvenile psykoser, der helbredes. Disse patienter hører dels til de former, som *Kraepelin* har samlet under betegnelsen dementia præcox, og mere specielt til den underafdeling, der gaar under navnet katatonien; dels hører de til de manio-depressive psykoser. Det er af vigtighed for Dem at vide, at denne form for periodiske psykoser ingenlunde sjældent begynder i puberteten, og ligesaa vigtigt er det, at De ved, at der kan ligge aartier imellem de enkelte anfald, aartier, hvor patienten kan være fuldstændig psykisk normal og udrette et arbejde, der i værdi og betydning kan overstraale meget af, hvad mennesker, hvis psykiske ligevægt aldrig har været forstyrret, kan præstere.

De vil sikkert forstaa, hvor betydningsfuldt det vilde være, om man ved disse psykoser, der opstaar i ungdomsaarene, gennem studiet af det ætiologiske grundlag, hvorpaa de hviler, eller af symptomatologien eller forløbet kunde danne sig en nogenlunde paalidelig rettesnor for bedømmelsen af det enkelte tilfældes prognose. Det resultat,

psykosen fører til, er jo i disse tilfælde, hvor det drejer sig om mennesker, der først skal til at begynde deres tilværelse, om end ikke i bogstavelig saa dog i overført betydning ofte livet om at gøre. Det er da ogsaa navnlig ungdomsaarenes psykoser, den moderne psykiatriske forskning, der netop med saa stor veltalenhed har skudt spørgsmaalet om de forskellige sindssygdomsformers prognose saa stærkt i forgrunden, fortrinsvis har beskæftiget sig med. Og selv om der endnu er langt igen, inden vi naar til sikkre og paalidelige resultater i denne henseende, saa er der dog efterhaanden tilvejebragt saa mange forskellige baade kliniske og symptomatologiske momenter, at vi i de udtalte tilfælde uden vanskelighed kan skælne ikke blot tilfældene af manio-depressive psykoser og dementia præcox, men ogsaa de forskellige grupper af disse sygdomme indbyrdes.

Det skulde være min opgave i denne og de nærmest følgende forelæsninger at give Dem en haandsrækning til bedømmelsen af disse forskellige differentieldiagnostiske faktorers kliniske fysiognomi og betydning. Og jeg vil begynde med *dementia præcox.*

Men inden jeg viser Dem de patienter, der som levende billeder skulde hjælpe til at fiksere de væsentlige træk af denne iøvrigt stærkt omstridte sygdomsenhed i Deres bevidsthed, bliver jeg nødt til dels at omtale de faktorer, der har betydning for dens opstaaen, dels at forsøge paa en afgrænsning af den imod andre psykopatiske sygdomsenheder.

Aarsagen til de forskellige sindssygdomsformer har jo altid, naar vi lige undtager den generelle parese, de i egentlig forstand toksiske og senile psykoser og enkelte af de typiske forvirringsformer paa infektiøs basis, altid været i høj grad omstridt. Og for dementia præcox vedkommende stiller sagen sig ikke anderledes. Man har hæftet sig ved alderen som ætiologisk moment, man har

talt om overanstrængelse, om masturbation, om kønslig afholdenhed, om svangerskaber og fødsler, om tobak, om bly, om tuberkulose, om nød og sorg og sindsbevægelser, om fængsselstraf, om hjemve og endelig om pubertetsudviklingen, der i sine resultater giver sig et udtryk, der er let nok at kende, men hvis dybere liggende indflydelser og angrebspunkter vi intetsomhelst paalideligt ved om. De fleste af disse faktorer fremføres imidlertid ikke alene som momenter af større eller mindre betydning, hvor talen er om dementia præcox, men ved næsten alle sindssygdomsformer.

Der er imidlertid tre momenter, som det forekommer mig at være nødvendigt at tage standpunkt til overfor ætiologien af dementia præcox. Det ene er arvelighedens betydning, det andet er pubertetens indflydelse og det tredje er den teori om en autointoksikation, som sygdomsgruppens fader, *Kraepelin* har opstillet.

Skønt jeg maa indrømme, at min interesse for statistik og specielt for medicinsk statistik er ganske overordentlig begrænset, for mig har kasuistikken altid staaet som al klinisk virksomheds hovedhjørnesten, saa taler dog de tal, forskellige paalidelige forfattere er naaet til, saa klart et sprog, at man umuligt kan overhøre det. *Kraepelin* anfører saaledes, at han i 70 $^0/_0$ af sine tilfælde af dementia præcox har fundet *arvelig disposition* til sindssygdom. I en meget omhyggelig og udtømmende monografi over dette emne har den norske psykiater *Hans Evensen*[1]) fundet 73 $^0/_0$ og *Fr. Lange*[2]) er for den erhvervede idiotismes vedkommende naaet til 90 $^0/_0$. Disse tal er for store til at man kan lade dem ude af betragtning. De svarer jo i det store og hele til de tal, forskellige undersøgere anfører, naar de vil bevise dementia paralyticas eller tabes dorsalis postsyfilitiske genese, og den omstændighed, at vi intetsomhelst ved om det parasyfilitiske virus vil-

---

1) Dementia præcox. Kristiania 1904.

2) Om arvelighedens indflydelse i sindssygdommene. Kbh. 1883.

kaar eller virkemaade, afkræfter ikke disse tals afgørende beviskraft for syfilisens betydning ved opstaaelsen af disse lidelser. Hvorfor saa stille sig anderledes, naar det drejer sig om en psykose?

Det forekommer mig derfor, at *Langes* slutning er baade berettiget og konsekvent, naar han siger, at hovedvægten i ætiologisk henseende maa lægges paa den. arvelige disposition. *Kraepelin* mener derimod, at antagelsen af et medfødt anlæg støder paa meget vægtige betænkeligheder. Han siger saaledes, at det vilde være uforstaaeligt, at en organisme, der hidtil havde været sund, i adskillige tilfælde endog usædvanlig vel udrustet i psykisk henseende, pludselig skulde stanse i sin udvikling og maaske hjemfalde til de dybeste grader af demens. Man maa imidlertid være i høj grad eksklusiv psykiater, hvis beviser af denne art skulde gøre noget indtryk paa én. Vi ved jo dog alle, at der findes adskillige familjære lidelser indenfor centralnervesystemet, hvor det medfødte anlæg spiller en alt overvejende rolle, og hvor sygdommen først kommer til udbrud i den unge eller voksne alder. Jeg mindes saaledes fra mit studieophold i London en 20aarig ung mand, som led af en pseudohypertrofia muscularis, og i hvis slægt der fandtes flere tilfælde af samme sygdom, han kom med stort besvær vraltende ind paa konsultationsstuen i the national hospital, men to aar i forvejen havde han vundet første præmie i hurtigløb. Eller lad mig minde Dem om den heredo-cerebellare ataksi, hvor patienterne som regel er fuldstændig raske og arbejdsdygtige til det 20 aar, eller om *Huntigtons* chorea, som baade er arvelig og som i reglen skaaner deres offre til de har passeret 40aars alderen. Ved nogle af disse ekskvisit arvelige lidelser i nervesystemet, hvor det tilmed ofte ikke blot drejer sig om funktionelle, men om organisk paaviselige forandringer, ser det ud, som om det er puberteten, der har den udløsende indflydelse paa den latente disposition, ved andre

er det de begyndende senile involutionsprocesser, der gør sig gældende, og i disse tilfælde er prognosen som oftest daarlig, fordi patienten ikke kan „vokse fra den". Og vi er heller ikke inden for psykiatrien ukendt med fænomener, som maaske har en lignende forklaring. Det er saaledes ikke usandsynligt, at *Thalbitzer* har ret, naar han ikke vil tilkende den klimakterielle melankoli en selvstændig plads i systemet, men indrangerer den mellem de maniodepressive psykoser. Muligheden af, at den disposition, som disse patienter sidder inde med, har trodset de angreb, som ungdoms- og manddomsaarene har rettet imod dem, og først falder for involutionsprocessernes skadelige indflydelse, er ingenlunde udelukket, hvad ogsaa den slette prognose, som disse melankolier frembyder, ikke blot quoad valetudinem, men ogsaa ofte quoad vitam, kunde tyde paa.

Det andet argument, som baade *Kraepelin* og *Evensen* fører i marken mod arvelighedens betydning for opstaaelsen af dementia præcox, er, at de arvelige psykoser saa ofte frembyder et helt andet sygdomsbillede og et helt andet forløb, end vi ser ved dementia præcox. *Kraepelin* fremhæver saaledes, at de sindssygdomsformer, der opstaar paa arveligt grundlag, ikke fører til det hurtigt opstaaende aandelige sløvsind, som ved dementia præcox, men tværtimod viser en langt mere snigende udvikling eller ogsaa hører til de periodiske sindssygdomme. Og *Evensen* siger, at dementia præcox længe nok har maattet gælde for degenerationens plumring af maniens eller melankoliens klare sygdomsbillede, og at inddelingen af sindssygdommene, efter som psykosen opstaar i en sund eller en ved medfødt anlæg disponeret hjærne, ikke lader sig opretholde. Jeg maa indrømme, at jeg har svært ved at forstaa, at den omstændighed, at flere arter af psykoser opstaar paa et fælles arveligt grundlag, skulde gøre afgrænsningen af de forskellige sygdomsenheder vanskeligere, end om dette ikke eksisterede. Det er jo dog bekendt nok, at f. eks. baade

hysterien og epilepsien i et meget stort antal tilfælde opstaar paa arveligt grundlag, uden at vi derfor har nogen vanskelighed ved i de udprægede tilfælde at skælne dem fra hinanden. Og ganske vist tror jeg, at *Vorster*[1]) til en vis grad har ret, naar han hævder, at der i nogle familjer findes en similær disposition, saaledes at de psykoser, der opstaar i dem, har en udtalt tilbøjelighed til at optræde enten under billedet af den manio-depressive psykose eller en dementia præcox, — jeg kunde fra mit eget lille observationsmateriale nævne flere eksempler paa saadanne slægter —, men der er mange undtagelser, saa det afgørende ganske sikkert ikke ligger i dispositionens art, men i at en saadan overhovedet er til stede. Men desuden er de særegenheder, som *Kraepelin* i denne sammenhæng fremfører ingenlunde overbevisende. Han indrømmer paa flere andre steder baade et mere snigende og et periodisk forløb af dementia præcox, ligesom terminalstadiet af denne lidelse ingenlunde altid er sløvsindet. Og at en ætiologisk faktor som arveligheden skulde forplumre andre psykopatiske sygdomsenheders renhed, saaledes som *Evensen* paastaar, ser jeg ingen nødvendighed i. Jeg tror, naar vi har passeret det Heidelbergerskolens himmeltegn, hvori psykiatrien i alt fald herhjemme for øjeblikket staar, og næste gang en myndig haand drejer paa den psykiatriske systematiks kalejdoskop, saa vil en af de linjer, der kommer til at danne skæl imellem sygdomsenhederne, atter ligesom i psykiatriens morgen blive den hereditære disposition. Jeg tror, at der indenfor den store gruppe af degenerative psykoser vil udskille sig tre store underafdelinger. Den ene vil blive den, der nærmest repræsenteres ved de sjælelige abnormiteter, som *Kraepelin* har samlet under betegnelsen de originære sygdomstilstande og de psykopatiske personligheder, og som til dels kommer ind under franskmændenes psychoses à prédisposition apparente[2]); den

[1]) Monatschr. f. Psych. 1901.

[2]) *Arnaud:* I Traité de path. mentale. Paris 1903.

anden bliver de manio-depressive psykoser, og den tredje dementia præcox. Og Heidelbergerskolens fortjeneste vil have været den — gennem sin propaganda for det betydningsfulde i at studere og systematisere sygdomstilfældene efter deres optrædelsesmaade og forløb og ikke alene efter deres øjeblikkelige symptomer — at muliggøre en saadan afgrænsning. At der imellem disse tre grupper vil findes jævne overgange, og at de alle vil have en udgang aaben, hvorfra overgangen til det normale sjæleliv sker ganske jævnt og umærkeligt, kan ikke fratage de typiske tilfælde noget af deres kliniske værdi — saa meget mindre, som de deler disse egenskaber med saa godt som alle andre psykopatiske tilstandsformer.

Medens *Kraepelin* som sagt ikke tillægger den hereditære disposition nogen betydning som aarsag til dementia præcox' opstaaen, opstiller han paa grund af lidelsens nære forbindelse med forplantningsorganernes funktion, med puberteten, puerperiet og klimakteriet, den teori, at lidelsens egentlige aarsag ligger i en *selvforgiftning*, der staar i et mere eller mindre fjærnt forhold til kønsorganerne. Denne teori, som opstod paa en tid, da autointoksikationerne og navnlig kirtlernes interne sekretion blev misbrugt som forklaringsforsøg ved en mængde hidtil patogenetisk uopklarede sygdomstilfælde, svæver i virkeligheden ganske i luften. Den løser slet ikke spørgsmaalet, men skyder blot besvarelsen videre ud. Thi hvad er aarsagen til forandringerne i ovariernes og testes interne sekretion? Beror disse muligvis paa et abnormt arveligt anlæg, eller hvorfor optræder de netop hos individer, hvor der findes saa udpræget en psykopatisk disposition som hos disse patienter? *Kraepelin* maa selv indrømme, at 70 % af de tilfælde af dementia præcox, som jeg mener bør regnes med til denne sygdomsgruppe, falder i tiaaret mellem det 15de og 25de aar. At nogle opstaar senere, er der i og for sig ikke noget paafaldende i, dels er det en bekendt erfaring fra

den øvrige kliniske medicin, at sygdomsbilleder, som væsentligst er knyttet til bestemte aldersklasser, sporadisk forefalder i andre, dels vil i adskillige tilfælde de psykiske forstyrrelser være begyndt langt tidligere, end patienten og hans paarørende angiver, og dels er det paa grund af hele vor psykiatriske diagnostiks upaalidelighed og vor systematiks ufuldstændighed umuligt andet, end at tilfælde, som en senere tids mere forfinede kliniske metoder vil vide at anbringe paa deres selvstændige plads i systemet, under de nuværende mere primitive forhold føres ind under den gruppe, som for øjeblikket er den mest elastiske.

De to momenter, jeg derfor i ætiologisk henseende anser for de afgørende og betydningsfulde for udviklingen af en dementia præcox, er den hereditære disposition og pubertetsudviklingen. At jeg ikke er i stand til at angive de strukturelle forandringer eller de kemiske og fysiske forskydninger i cellernes metabolisme, som muligvis betinges af disse to faktorer, og som er forudsætningen for denne psykoses opstaaen, kan ikke berøre deres værdi i ætiologisk henseende. Der findes jo saa mange sygdomme i den øvrige kliniske medicin, hvor den samme mangelfuldhed gør sig gældende.

Kraepelin har indenfor den større sygdomsgruppe: dementia præcox afgrænset tre underafdelinger: *den hebefrene, den katatone og den paranoide demens.* Medens de to første underafdelinger til trods for, at der findes en del overgangs- og blandingsformer imellem dem, saa det nu og da kan være vanskeligt i det givne tilfælde at afgøre, hvor man skal anbringe patienten, i det store og hele svarer til to i klinisk henseende let kendelige sygdomsenheder, saa er forholdet et noget andet for den paranoide demens' vedkommende. Og dette hænger, som jeg ved en anden lejlighed har gjort Dem opmærksom paa, sammen med det ejendommelige standpunkt, *Kraepelin* ind-

tager til paranoiaen. En del af disse tilfælde af paranoid demens kan, hvad ogsaa *Evensen* og fornylig en anden norsk psykiater *Vogt*[1]) holder paa, naturlig føres ind under forryktheden; en anden del frembyder ved siden af en række usammenhængende og flygtige vrangforestillinger saa tydelige hebefrene eller katatone træk, at der ingen grund er til alene paa basis af den større fylde af vrangforestillinger at afgrænse en særlig sygdomsenhed, saa meget mindre som vrangforestillingerne i mange tilfælde først optræder, efter at hebefrenien og katatonien i længere tid har bestaaet uden paranoid tilblanding;[2]) og en tredje del endelig — sikkert den mindste — hører til overgangsformerne til de manio-depressive psykoser. En omstændighed, der ogsaa gør mig uvillig til at optage den paranoide demens som en af dementia præcox' underafdelinger, er, at knap 40 % af tilfældene efter *Kraepelins* angivelse falder før det 25de aar, en omstændighed, der efter min mening paa det tydeligste viser, at vi her staar overfor sygdomsprocesser med ganske andre forudsætninger end i de to førstnævnte grupper.

Jeg skal om et øjeblik vise Dem en patient med hebefreni og søge at fastslaa de momenter, der udmærker denne form for dementia præcox. Men forinden maa jeg have lov til at gøre en historisk digression til et hjemligt arbejde, nemlig til *Fr. Langes* doktordisputats[3]). Naar man er dansk, og naar man er læge og, mere specielt, neurolog, saa er der noget baade mistrøstigt og harmeligt i, at to bøger som *Carl Langes*: rygmarvens patologi og *Fr. Langes*: om arvelighedens indflydelse i sindssygdommene, er skrevet paa et sprog, der har umuliggjort, at de synspunkter og de erfaringer, der er nedlagt i dem, kunde faa nogen nævneværdig indflydelse paa den udvikling og de veje, som neurologien og psykiatrien fulgte

[1]) Psykiatriens grundtræk. Første del. p. 108. Kristiania 1905.
[2]) Se Anmærkningen p. 135.
[3]) Om arvelighedens indflydelse i sindssygdommene. Kbh. 1883.

ude i verden. Naar man i adskillige aar har vænnet sig til at arbejde med Heidelbergerskolens synsmaade som rettesnor, og saa igen gennemlæser *Langes* arbejde, kan man ikke undgaa at blive slaaet af, hvorledes han i mere end én retning har været foregangsmand og paa mange punkter har foregrebet den udvikling, den moderne psykiatri har taget. Ganske vist staar *Lange* over alt paa *Morels* skuldre, men baade den afgrænsning, han giver stoffet, og den rigdom af kliniske og symptomatologiske enkeltheder, han føjer til, gør hans fremstilling til den betydeligste, jeg mindes at have læst. Og hvis De vil læse kapitlet om den erhvervede idiotisme igennem, saa vil De der, baade hvad afgrænsningen af de enkelte former angaar, og hvad optrædelsesmaade, symptomerne og beskrivelsen af terminalstadierne angaar, finde hele kærnen i det sygdomsbillede, der nu gaar under navnet dementia præcox, begrænset. Ogsaa *Lange* skildrer et paranoidt forløb af denne lidelse, men hans skildring passer kun paa de patienter, som *Sander* har samlet under betegnelsen: den originære forrykthed, et sygdomsbillede, der uden tvang lader sig indordne under hebefrènien. Til en sygdomsgruppe af det omfang, som *Kraepelin* giver sin dementia paranoides, kender han derimod intet.

Men selv om *Langes* kliniske skarpsyn — jeg havde nær sagt imod hans vilje — foregriber en ny tids afgrænsning af disse psykoser, saa er hans grundsyn paa de faktorer, der adskiller de kliniske sygdomsenheder indbyrdes, et andet end vort. *Langes* interesse er langt mindre optaget af gennem psykosernes optrædelsesmaade, forløb og symptomatologi at slutte fremad til deres prognose, end af gennem studiet af terminalstadiet eller det eller de psykiatriske radikaler[1]), hvorover sindssygdommen er bygget, at slutte tilbage til deres ætiologi. Jeg kan forstaa, at denne betragtningsmaade er særlig

[1]) De vigtigste sindssygdomsgrupper i kort omrids. Kbh. 1894.

fristende paa en sindssygeanstalt, hvor psykosernes terminalstadier, og den brogede mangfoldighed, hvorunder de forskellige former og grader af demens dér præsenterer sig, byder sig selv frem til studie og overvejelse. Men her paa afdelingen, hvor vi saa godt som aldrig ser de dybere grader af sløvsindet — jeg regner ikke med dementia paralytica og de alkoholiske og senile demenser — men hvor psykosernes akute stadier fanger interessen saa meget desto mere, her ægges man til stadig at beskæftige sig med prognosen, stadig at spejde efter de momenter, der kan give en vejledning til besvarelsen af spørgsmaalet om: hvordan vil det gaa? hvorledes er chancerne for helbredelse? Og det er derfor næppe nogen tilfældighed, at det ikke er fra en sindssygeanstalt, men fra en psykiatrisk klinik — den i Heidelberg nemlig — at parolen om prognosens betydning som inddelingsprincip er givet.

Den patient, jeg vil demonstrere for Dem, er en ung pige paa 22 aar, som for en maanedstid siden er kommet herind fra landet. Om hendes familjeforhold har det været umuligt at faa oplysninger. Men selv har hun været syg i et aarstid. Det begyndte med, at hun følte sig træt og uarbejdsdygtig, samtidig med at der opstod en hel række forskellige abnorme sensationer. Hun havde smærter i brystet, trykken i hovedet, susen og knagen i ørene. Hun følte sig tillige i denne tid dygtig deprimeret, græd ofte, havde fornemmelsen af, at der skulde hænde en ulykke, og at hendes liv var forspildt. Denne ulykkefølelse var til tider saa stærk, at hun tænkte paa suicidium, og — som hun selv siger — en enkelt gang har været lige ved at gøre alvor af det.

Efter at denne tilstand havde varet nogle maaneder, opstod der hallucinationer dels paa synet, dels paa hørelsen. Hun saa navnlig om natten store, hæslige, onde ansigter, til andre tider var det engle eller Kristus eller Vorherre

selv, der viste sig for hende. Undertiden forskrækkede disse syner hende, til andre tider lod de hende ganske uberørt. Hun hørte ogsaa nu og da stemmer, der talte til hende om himlen og helvede, bragte bud til hende fra en broder, der er død, og fra hendes fader. Da hun for en maaned siden kom her til byen, steg hendes hallucinationer i styrke, og da hun følte sig overbevist om, at den pige, hun boede i værelse sammen med, var en djævel, og da stemmerne begyndte at tale om, at hun skulde skydes, forlod hun pludselig sin plads, drev hvileløs omkring paa gaden, indtil hun paa Raadhuspladsen gav sig til at skrige i vilden sky af angst for de onde aander. Hvorfor hun af politiet blev indlagt her.

Jeg skal nu vise Dem patienten. Som De ser, er hun kraftig bygget, i god ernæringstilstand, med frisk og sund hudfarve. Da hun kom her ind, smøg hun sig paa en ejendommelig slangeagtig maade igennem døren, gik et par gange op og ned ad gulvet, daskende med armene og vridende med kroppen og kastede sig saa fnisende i en stol uden tilsyneladende at tage noget hensyn til omgivelserne. Spørger vi hende nærmere ud om hendes forhold, saa hører De imidlertid, at hun giver ganske ordentlige og samlede oplysninger om sin hjemstavn, sin skolegang og sin familje. Hun ved ogsaa meget godt, at hun er paa et hospital, kender dato og aarstal, ved, hvor længe hun har været her, men kender ikke navnene paa en eneste af personalet. Det er dog kun ved at holde hende fast og tvinge hendes opmærksomhed til at fastholde spørgsmaalene, at man opnaar disse korrekte svar. Ofte svarer hun først ganske hen i vejret eller nævner den dato eller det navn, der først falder hende ind. Hendes skolekundskaber synes selv for en bondepige at være i høj grad begrænsede, og hendes regnefærdighed er ligeledes yderst tarvelig, selv énciffrede tal lykkes det hende ikke altid at lægge rigtig sammen.

Spørger vi hende noget nærmere ud om hendes *vrangforestillinger,* saa erklærer hun, at djævlen kom til hende, da hun var barn, og sagde, at hun levede som et svin og skulde i helvede, men at hun nu har fundet Vorherre, og at han nok skal hjælpe hende. Hun fortæller ogsaa, at hun havde en ven, men at djævlen gjorde dem til uvenner, saa han ikke kom til hende, og hun kunde ikke en gang græde, fordi en ond aand passede paa hende. Hendes forestillinger og tale drejer sig i det hele næsten udelukkende om religiøse forhold. Af og til har hun miskendt omgivelserne, mente saaledes forleden dag, at overlægen var Gud, og bad ham om at tage hende med op til himlen; hun har ogsaa skiftevis opfattet sine medpatienter som djævle og engle, har paastaaet, at en af kandidaterne var hendes broder og hørte til kongefamiljen. Men alle disse forestillinger er, skønt saare begrænsede i antal, meget skiftende og flygtige, uden antydning af systematisering.

Hvad hendes *opførsel* og hendes *handlinger* angaar, saa er de, ligesom De ser det nu, præget af en planløshed og mangel paa fornuftig motivering, der straks maa falde i øjnene. Der er en næsten ustanselig motorisk uro over hende, kun et øjeblik ad gangen bliver hun paa samme sted; sidder hun et øjeblik ned, rejser hun sig straks op igen, dasker rundt i stuen, syngende eller snakkende, rører snart ved én ting, snart ved en anden, paa en underlig pueril, hvileløs maade. Der er intet af den maniske uros maalbevidste handlen over disse bevægelser, de synes kun at være udtryk for en trang til at røre sig, en ulyst mod at være i ro, men bevægelsens udslag og resultat er ganske uden betydning for hende. Paa afdelingen har denne bevægelsestrang af og til givet sig endnu tydeligere udtryk; dels har hun et par gange givet sig til at vælte borde og stole eller rive alt ned, hvad der stod paa bordet, til andre tider har hun i timevis gaaet op og ned ad gulvet og sunget i vilden sky. Om nogen verbigeration,

saaledes som man finder det ved katatonien, har der ikke været tale, det er ikke de samme ord eller sætninger, der stadig vender tilbage, selv om syntaksen og meningen af de enkelte sætninger var ligesaa uforstaaelig som ved den egentlige verbigeration. Derimod findes der to andre fænomener hos vor patient, som ogsaa hyppigt og ofte i endnu mere udpræget grad optræder under katatoniens forløb. Det ene er de *forvredne, aparte stillinger,* hun af og til indtager, og som hun kan fastholde i unaturlig lang tid. Det andet er det fænomen, som gaar under navnet *echopraxi.* Som De ser, kan man ved at foretage forskellige bevægelser, f. eks. løfte og sænke armene, faa patienten til at gøre det samme, og naar man forandrer bevægelsens rytme eller planet, hvori den foregaar, følger hun slavisk med.

Endnu et symptom maa jeg omtale for Dem, og det er den fuldstændige *stemningsindifferentisme,* der behersker patienten. Hun gaar som regel omkring i en nynnende ligegladhed, og hvad enten hun i det enkelte øjeblik tror, at himlen vil aabne sig, og hun blive taget op til Vorherre, eller hun taler om, at hun skal brændes i helvede, hendes reaktion overfor disse forestillinger er altid paafaldende spagfærdig. Men hendes *stemningsudbrud* er ogsaa i høj grad *skiftende.* De saa selv, hvorledes hun for lidt siden fortrak sit ansigt som til graad og endogsaa førte sin haand op for ansigtet, men næsten i samme øjeblik, det var sket, spredte hun paa ganske tøset maner fingrene og smilede ud igennem dem. Disse stemningsudbrud er som illinger, der farer hen over hendes bevidsthed, snart i én retning, snart i en anden; de kruser kun overfladen, men gaar aldrig i dybden, og er glemt i samme øjeblik, de er svundet. Det er heller ikke altid, at stemningsudbruddet er et adæqvat udtryk for det forestillingsindhold, der i øjeblikket behersker hende. Der er intet i vejen for, at hun med et smilende ansigt fortæller, at hun skal skydes, eller at

hun grædende taler om de engle, hun mener sig omgivet af. Denne *paramemi* er et meget almindeligt symptom ved hebefrenien. Men endnu hyppigere ser man dog, at patienterne ganske umotiveret brister i latter uden at kunne give nogen grund. Som regel siger de — ligesom vor patient — at de kan ikke lade være, at det kommer over dem. Disse *umotiverede stemningsudbrud* — det hænder ogsaa, at det er graad, det drejer sig om — minder en del om de fænomener af lignende art, som man nu og da træffer ved organiske lidelser i hjærnen eller medulla oblongata. De er fra disse latteranfald ikke berettiget til at slutte til nogen løftet stemning hos patienten, lige saa lidt som De af hendes livlige, spillende øjne maa lade Dem forlede til at tro, at hendes fjantede, puerile væsen dækker over et rigere bevidsthedsindhold, end hun virkelig sidder inde med. Jeg har paa St. Hans hospital set flere patienter, hvis blik var ligesaa livligt og tilsyneladende opmærksomt som hos vor patient, men som i aandelig henseende til trods herfor var at betragte som en tabula rasa.

I et tilfælde som dette er prognosen ikke vanskelig at stille. Og det ligger i, at demensen hos vor patient har naaet saa betydelig en grad, at der ikke kan blive tale om nogen nævneværdig forandring i hendes tilstand. Det er muligt, endog sandsynligt, at hendes vrangforestillinger, hendes hallucinationer, hendes motoriske uro, de pludselig umotiverede handlinger efterhaanden vil tabe i styrke. Men den mangel paa ønsker og interesser, den næsten fuldstændige stemningsindifferentisme, det puerile, lunefulde, tilfældige i opførsel, manglen paa initiativ og evne til at sondre og afveje bevidsthedsindholdet efter dets betydning og værdi, alt dette er sikkert irreparabelt, fordi det samlet danner kærnen i den kroniske uhelbredelige aandelige svækkelsestilstand, der gaar under navnet demens. Det er sandsynligt, at denne patient i løbet af relativ kort tid vil komme til at frembyde billedet af den fuldstændige

aandelige uproduktivitet og passivitet, som præger terminalstadiet af det store flertal af hebefrenikere.[1])

Det er imidlertid ikke alle tilfælde af hebefreni, hvor prognosen lader sig stille saa let som hos vor patient. Det hænder nu og da, at lidelsen afbrydes paa et tidspunkt, hvor demensen er langt mindre fremtrædende og ofte kan være vanskelig at erkende. Der er saaledes tilfælde af hebefreni, der saa at sige stanser i opløbet og aldrig naar ud over det snigende prodromalstadium, der altid indleder denne sygdomsform. Disse patienter ser man saa godt som aldrig paa sindssygeanstalterne, og selv her paa afdelingen findes de hyppigere i pav. II end paa sindssygeafdelingen. Derimod træffer man dem ofte dels paa poliklinikens, dels ude i livet. Mange af dem frembyder billedet af en mer eller mindre hypokondert farvet neurasteni. De føler sig trætte og uoplagte til arbejde, klager over en del abnorme sensationer i forskellige lokaliteter, navnlig i hovedet og ryggen, de bliver indesluttede, menneskesky, „dybttænkende", taber interessen for deres arbejde, bliver skødesløse i deres opførsel, glemsomme og distraite. Og da disse symptomer saa ofte optræder paa et tidspunkt i patienternes liv, hvor der stilles større krav til dem end tidligere, saa bliver deres sygdom opfattet som en følge af overanstrængelse eller forlæsthed. Hos en del af saadanne patienter lykkes det gennem anamnesen at faa oplyst, at patientens tilstand betegner en mer eller mindre iøjnefaldende forandring i hans karakter og aandelige ydeevne. Han har tidligere været maaske endog ualmindelig opvakt og interesseret, saa at ynglingen ikke synes at ville holde, hvad drengen lovede. Det er disse tilfælde, som *Kahlbaum*[2]) har haft for øje ved skildringen af, hvad han kalder for heboidofrenien. Nogle af disse patienter kommer sig, og hvis *Kraepelin* havde taget mere hensyn til dem,

---

[1]) Er fremdeles paa St. Hans hospital: „stærkt dement, næsten idiotisk, med impulsive voldsomheds- og raserianfald".

[2]) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 41 og 46.

end han har, tror jeg, at han vilde naa til et højere procenttal end 8 for helbredede hebefrenier.

I andre tilfælde holder de ovenfor nævnte symptomer sig, enkelte svingninger undtagne, ganske uforandret igennem aaringer, ofte livet igennem, og gør patienterne til invalider, der aldrig naar til at udføre voksne menneskers gerning.

I en tredje række af tilfælde svinder symptomerne, og patienten naar sin tidligere arbejdsevne og aandelige styrke, men efter kortere eller længere tids forløb vender symptomerne tilbage, og patienten glider ganske stille over i den hebefrene demens med dens forskellige attributer, eller han kommer sig atter, og først efter to eller flere saadanne anfald viser sløvsindet sig tydeligt. I disse periodisk forløbende tilfælde, hvor der efter det enkelte anfald synes at indtræde en tilbagevenden til status quo, kan det ofte være ganske umuligt at afgøre, om det drejer sig om en hebefreni eller et anfald af en manio-depressiv psykose.

Jeg tror derfor ikke, det vil være muligt at angive for Dem, hvorledes De i det enkelte tilfælde skal være i stand til, naar det alene drejer sig om symptomer, der i mange tilfælde danner initialstadiet til en hebefreni, at stille en sikker prognose. Men De skal i saadanne tilfælde med spændt opmærksomhed spejde efter de symptomer, der karakteriserer den hebefrene demens. Viser der sig i patientens opførsel og væremaade noget af den puerile fjantethed, med imperative stemningsudbrud, eller den umotiverede, uoverlagte impulsivitet, eller den højttravende affektation i lader og ordvalg, der saa ofte findes ved hebefrenien, eller dukker der flygtige, usystematiserede vrangforestillinger og hallucinationer op, eller synes De at skimte stemningsindifferentismen eller andre af demensens kendetegn, saa vil sagen som regel være klar. Thi i det store flertal af de tilfælde, hvor demensen med sikkerhed kan demonstreres, vil forløbet være progredient, og terminalstadiet være de dybeste grader af sløvsindet.

DEMENTIA PRÆCOX.

(KATATONIEN).

MINE damer og herrer! Den 21aarige unge mand, som De her ser komme ind med mig, vil sikkert ved hele sin ydre apparition og sin ejendommelige opførsel straks gøre det klart for Dem, at vi staar overfor et psykisk abnormt individ. De saa, hvor langsomt det gik med at faa ham herind, hvilken sej, passiv modstand, han gjorde mod at flytte benene, hvorledes han nu og da bøjede kroppen tilbage, saa man kun ved at skyde paa ham eller tage ham under armen fik ham af sted. Og nu, da jeg har givet slip paa ham, bliver han staaende med ludende hoved, hængende arme og flekterede knæ, stirrende ud for sig uden tilsyneladende at tage det ringeste hensyn til omgivelserne, med et udtryksløst blik og ganske stillestaaende ansigt. Prøver man paa at bryde denne passivitet ved f. eks. at løfte den ene arm i vejret, saa møder dette forsøg en tydelig modstand, men er armen først løftet, beholder den den givne stilling. Og bøjer vi det ene knæ og løfter foden fra jorden, og retter vi hans hoved til en knejsende stilling, saa bevarer han denne kunstig tilvejebragte holdning i en saa at sige ubegrænset tid, og han gør det, uden at hans ansigt viser noget tegn paa anspændelse og uden at den rysten, der hos normale mennesker markerer den begyndende træthedsfornemmelse, indtræder.

Beder vi ham om at lægge sig i sengen, saa gør han

tøvende et svagt tilløb til at følge opfordringen, men stanser, inden han har faaet den udført; og efter at vi med noget besvær har faaet ham i seng, saa lægger han sig ubevægelig paa ryggen med armene langs med siden og hovedet løftet op fra puden i en svævende stilling. Denne trang til at fastholde det én gang givne faar ogsaa udtryk saavel i de bevægelser, patienten af sig selv udfører, og som i mange tilfælde bærer præget af det rent tvangsmæssige, som i de bevægelser, det ofte lykkes rent suggestivt at paaføre ham. Hos vor patient lykkes det uden vanskelighed, naar man løfter og sænker sin egen arm, at faa ham til at foretage den samme bevægelse, og er han først kommet i gang, saa bliver han ved med det længe efter, at jeg er hørt op. Denne *stereotypi* er, hvad enten den giver sig udtryk ved en stædig *fastholden af en bestemt, ofte ubekvem og forvreden stilling*, eller i *katalepsien*, eller *handlingssuggestibiliteten*, et overordentlig karakteristiskt træk i symptomatologien af den lidelse, der her beskæftiger os.

Hvis De fulgte ham dagen igennem, vilde De faa et endnu fyldigere indtryk af, hvor fuldstændig saadanne enkelte psykomotoriske funktioners hegemoni overfor alle andre behersker hans tilværelse. Og det er ikke blot i dage og uger, at denne tilstand kan vare, men ofte strækker den sig over maaneder og aar. Det kan saaledes nok siges at være et af de mest trøstesløse syn, der kan møde én, naar man efter længere tids forløb vender tilbage til den sindssygeanstalt, hvor man i sin tid færdedes, saa at træffe patienter af denne art igen. Man ser dem efter aar og dags forløb stivnede i de samme stillinger, som da man rejste. Én staar med armene udbredte langs væggen, som var han korsfæstet, én sidder sammenrullet i den samme krog, med benene krummet og hovedet hvilende paa dem, medens saliva periodevis som en kilde strømmer ud ad munden paa ham, én sidder som en assyrisk stengud med albuerne paa laarene og hænderne lukket omkring knæene, medens

hovedet er bøjet, og der er opstaaet ødem af ansigtet paa grund af den stadige hængen. Andre traver op og ned langs den samme mur, som da man sidst saa dem, eller spaserer som en hane op og ned ad den samme strimmel jord, der i aarenes løb er blevet fast og haard af hans trin. Disse patienters bevidsthed har knyttet sig omkring en ganske begrænset provins af psykomotoriske impulser, der ved sin perseveration[1]) skaber disse ganske hensigtsløse stillinger, medens bommen er slaaet ned for alle de associationernes veje, der fører til modforestillinger og kontraimpulser. Og de enkelte bevægelsesimpulser, disse patienter sidder inde med, er ligeledes i høj grad bundne, de løber ligesom paa skinner altid den samme korte strækning frem og den samme tilbage, og der kræves meget stærke paavirkninger ude fra for at tvinge patienten bort fra disse baner, og lykkes det, sker bevægelsen tungt og under en stadig energisk modstand. Ogsaa her lades hele den sum af associationsmuligheder, der under normale forhold staar til vor raadighed, ganske ude af betragtning.

Medens saavel trangen til at bevare bestemte stillinger ligesom de stereotype bevægelser, katalepsien og handlingssuggestibiliteten uden tvang kan føres ind under et fælles psykopatologisk synspunkt, saa forekommer der hos vor patient et andet symptom, som ved en overfladisk betragtning synes at staa i den grelleste modstrid med den forøgede suggestibilitet, som de to sidstnævnte fænomener tyder paa, jeg mener det symptom, som allerede *Kahlbaum* har beskrevet under navnet *negativismen.*

Beder vi vor patient om at række tungen ud, saa ser De, at han gør et forsøg paa det, men det lykkes ham kun at bringe spidsen lige udenfor tænderne. Og forsøger vi paa at hjælpe ham ved at lægge en finger paa hans hage og aabne munden, saa er det saa langt fra at bedre situa-

---

1) Neiser. Allg. Zeitschr. f. Psych. B. 51.

tionen, at det kun medfører, at han med stor energi bider tænderne sammen. Og ganske paa samme maade gaar det, naar vi beder ham om at lukke øjnene, han spiler dem kun endnu højere op, og lukker vi dem med magt, saa aabner han dem øjeblikkelig, saa snart vi fjærner fingrene. Trykker vi hovedet ned imod puden, saa føles der stadig en energisk modstand herimod, og slipper vi, saa springer det øjeblikkelig tilbage til den tidligere svævende stilling. Der er patienter, hos hvem denne trang til kontrær opførsel er saa udpræget, at de med en ganske utrolig gennemført konsekvens bestandig foretager sig den handling, der er modsat den, de mærker, man ønsker af dem. Medens forøget suggestibilitet jo ellers betyder en abnorm stærk paavirkelighed for inducerede forestillinger, saa foreligger der her, hvad man kunde fristes til at kalde en negativ eller pervers suggestibilitet, idet den inducerede forestilling øjeblikkelig lader modforestillingen springe saa stærkt frem i bevidstheden, at den bliver dominerende og det afgørende for handlingens udslag.

Hvor nær i slægt med de tidligere nævnte symptomer, negativismen i virkeligheden er, fremgaar ogsaa deraf, at det ofte kan være vanskeligt nok at afgøre, hvorledes man skal forklare flere af de fænomener, der optræder hos disse patienter. Ser man bort fra muligheden af hallucinatorisk indflydelse, saa er det jo vanskeligt at sige, om den komplette stumhed, som patienten frembyder, kun er et udtryk for hans vedhængen ved det engang givne eller for hans negativistiske tilbøjeligheder. Hvor *mutacismen* er saa komplet som hos vor patient, forekommer den første antagelse mig at være den naturligste, men hvor den som hos en kvindelig katatoniker, vi for øjeblikket har liggende her paa afdelingen, nu og da ved bestemt tiltale kan brydes, og hvor resultatet er, at hun paa ganske simple spørgsmaal og mod bedre vidende svarer forkert og f. eks. paa spørgs-

maal om, hvor gammel hun er, snart svarer tre aar, snart firsindstyve, eller paa spørgsmaal, hvem jeg er, svarer: min søster, der er denne „Vorbeisprechen“ jo ganske tydeligt udtryk for patienters negativisme. Og en lignende betragtningsmaade maa gøre sig gældende overfor den *urenlighed*, som saa ofte findes hos disse patienter. Hos nogle er den kun at opfatte som en side af hans passivitet, han lader sin blære løbe fuld og kan, naar trangen til at tømme den indfinder sig, ikke overvinde den inerti, der behersker ham, men lader vandet i sengen og bliver liggende uden at yttre det mindste ubehag. Hos andre stiller sagen sig anderledes, de er f. eks. ikke at formaa til at tømme blæren eller rectum, naar de bringes ud paa W. C., men saasnart de er bragt tilbage til deres seng, gør de det. Paa samme maade kan disse patienters *spisevægring* snart opstaa, fordi de ikke kan overvinde den modstand, der findes i de psykomotoriske centrer, der skal sættes i bevægelse, for at denne akt kan foregaa, snart opstaar den som et udtryk for deres negativisme, naar de f. eks. haardnakket vægrer sig ved at spise deres egen mad, men et øjeblik efter gaar hen og sluger en anden patients.

Heller ikke den passive, ofte meget energiske modstand, patienten gør imod at skifte stilling eller mod at blive vasket og gjort istand eller blive flyttet, er altid udtryk for negativisme, men kun mangel paa evne til og ulyst imod at hæve den spasme, der findes i bestemte cortexgebeter, og give sig nye handlingsimpulser i vold. Jeg er imidlertid ikke sikker paa, at den modstand, vor patient gjorde, da han blev ført her ind, alene skyldes det ene eller det andet af disse momenter. Det er nemlig muligt, at der laa en vis angstaffekt bag ved hans vægren sig. Det viste sig forleden dag, da vi forsøgte at flytte ham over paa den rolige gang, at dette voldte en del besvær. Og han satte sig ikke alene til modværge, idet han strittede imod med arme og ben, men han gav sig til at skrige

højt, blev rystende og svedende, og hans ansigtsudtryk røbede tydeligt en udpræget ængstelse, saa vi maatte afstaa fra forsøget.

De ser altsaa, at her som saa ofte i psykiatrien ligger den psykologiske motivering af et symptom ikke altid klart for dagen, for at naa ind til det maa man tage flere forskellige faktorer i betragtning, og ofte maa vi nøjes med en sandsynlighedsforklaring.

Endnu et symptom paa patientens negativisme vil jeg nævne for Dem, og det er den *sensibilitetsforstyrrelse,* han lider af. Som De ser, kan man overalt stikke ham endog stærkt og vedholdende, uden at han reagerer paa det, selv naar man stikker ham højt op i næsen, tager han ingen notits af det, lige saa lidt som han, naar man lægger en finger paa hans cornea, kniber øjet til. Jeg har imidlertid saa ofte[1]) gjort Dem opmærksom paa dette symptoms betydning som udtryk for en tilstedeværende negativisme og paavist dels deres nøje samhørighed i forløbet og dels de kriterier, der skal hjælpe Dem til at kende denne sensibilitetsforstyrrelse fra den hysteriske, saa jeg i aften ikke skal opholde mig længere ved det.

Disse forskellige udslag af et abnormt fungerende viljesliv, der er stivnet i eller bundet til ganske bestemte eller stadig tilbagevendende psykomotoriske formler, giver disse patienters væsen og handlen præget af noget uvirkeligt og voksfiguragtigt, af noget hensigtsløst og fornuftstridigt.

Det hænder imidlertid ofte, at denne patientens passivitet pludselig brydes for kortere eller længere tid. Undertiden rejser patienten sig pludselig op i sengen og giver sig til — saaledes som tilfældet var hos vor patient forleden dag — i timevis og i en ganske bestemt rhytme at tromme med hænder og arme paa madrassen. Eller patienten giver sig — saaledes som den unge pige, jeg før omtalte for Dem — til at skrige højt og vedholdende. Da vi spurgte hende

---

[1]) Se p. 97 o. f.

om, hvorfor hun gjorde det, gav hun det ganske meningsløse svar, at det var fordi „der var en lille, bitte fugl, der sang saa skønt om minderne“. I disse tilfælde har bevægelserne som regel karakteren af *tvangsbevægelser.*

Men hos andre patienter bliver de pludselig opstaaende viljesimpulser omsat i handlinger, der paa grund af den eksplosive voldsomhed, hvormed de overvinder patientens passivitet, og den hurtighed og præcision, hvormed de udføres, virker i høj grad overraskende netop hos disse patienter, hvor den psykomotoriske spasme og spærring ellers er et saa fremtrædende træk. Man kan, naar man tager den stærkt forøgede suggestibilitet, der findes hos disse patienter, i betragtning, ikke frigøre sig fra den forestilling, at det ved disse *impulsive handlinger* drejer sig om psykologiske processer, der staar dem, der betinger autosuggestionen, nær. De vil ofte høre, at disse patienter, naar de klarer op, erklærer, at de foretog den paagældende handling, som de i reglen har en tydelig erindring om, fordi de „maatte gøre det“, eller fordi de „ikke kunde lade være“. Det er det impulsive, motivløse, det præcise og hensynsløse i udførelsen, der karakteriserer disse handlinger. Hos vor patient har vi en enkelt gang været vidne til en saadan handling, idet han for et par dage siden pludselig rejste sig op og under høj latter gav sig til at slaa løs paa en anden patient. En anden patient af lignende art, som i flere uger havde ligget hen i en lige saa dyb stupor, sprang pludselig ud af sengen og jog sin haand igennem en rude for derefter ganske langsomt at vende tilbage til sin seng og lægge sig hen, ubevægelig og stum som tidligere. Og da disse impulsive handlinger nu og da antager meget alvorlige aggressive former, idet patienten pludselig farer hen mod en eller anden af omgivelserne og søger at kvæle ham, eller ogsaa ligesaa uventet og ligesaa umotiveret gør alvorlige selvmordsforsøg, saa maa De ikke lade Deres aarvaagenhed lulle i søvn af patienternes passivitet, men altid

være forberedt paa de største overraskelser fra deres side og vide at tage Deres forholdsregler imod dem.

Paa endnu en maade kan disse patienters passivitet blive brudt, idet der pludselig opstaar en eksaltationstilstand af en ganske ejendommelig art, der kan vare fra timer til maaneder. Men da denne *katatone uro* i mange tilfælde markerer en ny fase i forløbet af den sygdom, vi her beskæftiger os med, vil jeg opsætte omtalen af den, til jeg har vist Dem den næste patient.

Da den frodighed og afveksling, der findes i menneskers handlinger, er afhængig af styrken og arten af det forestillingsindhold, der behersker dem, saa er det at vente, at vi paa *forestillingslivets* omraade finder forandringer, der svarer til dem, vi møder paa viljeslivets. Og det er i virkeligheden ogsaa tilfældet. Hos vor patient, hvor al aandelig virksomhed synes ganske indstillet, og hvor de forestillinger, der muligvis behersker ham, ikke giver sig udtryk, hverken i mimik eller i ord, der vil det være umuligt at demonstrere disse forhold. Men vi ved fra studiet af andre patienter, hvor stuporen er mindre udtalt, og hvor navnlig mutacismen ikke spiller nogen væsentlig rolle, eller fra patienternes egen beretning, naar de vaagner af deres passivitet, at den sygelige fastholden ved eller den stadige gentagelse af bestemte forestillingsrækker i udpræget grad findes hos dem, ligesom ogsaa den forøgede paavirkelighed ofte viser sig ved, at et ord eller en sætning fra omgivelserne optages i deres forestillingskreds og pludselig forandrer dennes retning eller danner udgangspunktet for en ny forestillingsrække, der hager sig fast og gentages paa samme stereotype maade som de, der spontant opstaar i patientens bevidsthed.

Skønt vor patient synes ganske at have lukket sig ude fra omverdenen og ikke synes at skænke omgivelserne den mindste interesse, saa er det dog sandsynligt, at han, naar hans stupor hæves, vil kunne give korrekte og nogenlunde samlede oplysninger om, hvad der i denne tid er passeret

omkring ham. Da han kom herind for ca. 14 dage siden, var han ganske vist dygtig træg, og det var med stort besvær, at det lykkedes at presse forskellige oplysninger om hans tidligere liv ud af ham, og disse oplysninger fremførte han med hviskende stemme og i saa faa ord som muligt. Men det viste sig dog, at hans *orienteringsevne* var fuldstændig vel bevaret, han erkendte sted og personer paa rette maade, han kunde give oplysninger om, hvad han havde foretaget sig umiddelbart forud for indlæggelsen, og hvad han har meddelt om sit tidligere liv, har vist sig at være paalideligt. Han fulgte ogsaa med en — ganske vist passiv men dog øjensynlig — interesse, hvad der foregik om ham og kunde nu og da komme med bemærkninger, der tydelig røbede, at hans iagttagelsesevne var vaagen.

Derimod var patientens *opmærksomhed,* saaledes som det er reglen, i høj grad paavirket. Ganske vist kunde man for et øjeblik faa ham til at koncentrere sig om en enkelt opgave, et regnestykke, et billede eller lignende, men kort efter fløð hans opmærksomhed ud, og han faldt hen i sin tidligere passivitet. Dette hænger utvivlsomt sammen med disse patienters *manglende interesse;* selv om deres opfattelsesevne er lidet afficeret, saa forholder de sig fuldstændig receptivt, de føler ingen som helst trang til at gribe ind eller bearbejde, hvad der bibringes dem ude fra, det glider af paa dem, og deres *hukommelse* er derfor ofte upaalidelig og spredt, ligesom det er ganske tilfældigt, hvad der bliver hængende; betydningsfulde og for dem selv afgørende begivenheder kan gaa dem sporløst forbi, medens ganske intetsigende og uvæsentlige smaating kan præge sig i deres erindring, udpenslet i de fineste enkeltheder.

Det staar endnu tilbage for os at faa klaret, hvorledes den psykose, vor patient lider af, har udviklet sig, og hvorledes dens sandsynlige forløb vil forme sig. Han skal i sin barndom og opvækst have været flink og paapasselig og efter de oplysninger, vi har indhentet hos familjen, har der

ikke i hans karakter eller opførsel været noget, der lod ane eller befrygte den katastrofe, som nu er indtraadt. Han blev i fjor udlært i sin profession som smed, drog derefter til Tyskland og har været hjemme et halvt aars tid. En maaned før indlæggelsen begyndte han at blive indesluttet og tavs. Han sad i timevis hen uden at tage sig noget for, prøvede han paa at gaa paa arbejde, vendte han kort tid efter tilbage, følte sig ude af stand til at fortsætte. Han følte sig samtidig deprimeret, mente, der ventede ham en ulykke, vidste ikke, hvad der skulde blive af ham. Han var ogsaa i denne tid nu og da hallucineret. Naar han gik paa gaden, hørte han „nogen“ sige til ham: „der kommer vognen“, og fra etagen neden under hans hjem var der stemmer, der sagde forskellige ting til ham „for at drille“ ham, ligesom han ogsaa nu og da har set en skygge ved siden af sin seng om natten. Han led ogsaa i hele denne periode af en del abnorme sensationer. Han havde trykken i hovedet, susen for ørene og en „underlig fornemmelse“ i venstre side af kroppen.

Dette *forløberstadie* minder jo i høj grad om det, vi i forrige time saa, var det almindeligste ved hebefrenien. Men som regel plejer ved den lidelse prodromalstadiet at være mere snigende og vare længere end ved den sygdom, der her beskæftiger os. Ligesom ved hebefrenien kan dette neurasteniforme forstadium erstattes af et depressivt og antage former, der kan gøre det vanskeligt at skælne det fra en melankoli. Der kan opstaa meget udtalte melankolske vrangforestillinger med stærk skyldbevidsthed og selvbebrejdelser og ledsaget af en angstfuld agitation, der i adskillige tilfælde underholdes af hallucinationer. I nogle tilfælde vil man allerede i dette depressive forstadium kunne erkende flere eller færre ejendommeligheder, der gør det klart, at det ikke er en *simpel melankoli eller en fase i en manio-depressiv psykose,* man staar overfor. Ganske vist sker det, at der, naar depressionen og hemningen er særlig udtalt ved de manio-depressive

psykoser, kan fremkaldes katalepsi, men dels er den som regel lidet udtalt, og dels mangler baade negativismen og handlingssuggestibiliteten. Den ulykkesfølelse, der behersker melankolikerne, er ogsaa i mange tilfælde langt mere dybtgaaende og har haget sig ganske anderledes fast end ved dementia præcox, hvor det selv i initialstadiet nu og da hænder, at depressionen pludselig brydes af en umotiveret latter eller en kaad handling, der viser, hvor overfladisk patientens stemning i virkeligheden er. Ved dementia præcox er patientens evne og lyst til at give de stemninger og de forestillinger, han huser, udtryk og form, langt ringere end ved melankolien, hvor meddelelsestrangen trods den tilstedeværende hemning ofte er stor, og hvor kravet til en sympatetisk forstaaelse og trøst er saa iøjnefaldende. Ogsaa melankolikerens vrangforestillinger plejer at være langt mere energisk egocentriske, end det træffes ved dementia præcox. Her er det ikke sjældent, at selvbebrejdelserne skifter med udadprojicerede vrangforestillinger, saa at der tidevis blander sig vage og flygtige forfølgelsesforestillinger ind imellem de depressive.

Men selv om det saaledes kan siges, at der i mange tilfælde er mere stil, mere ensartethed og konsekvens i melankoliens symptomer, end i dem, der optræder i det depressive forløberstadium til en dementia præcox, saa er der dog andre, hvor de faktorer, der skulde hjælpe os til differentialdiagnosen, er saa lidet fremtrædende, at selv den kyndigste staar usikker overfor bedømmelsen og vurderingen af symptomerne, og først forløbet gør deres betydning klar.

Vor patient er jo imidlertid naaet ud over initialstadiet, og hvis De vil slaa Dem til ro med en rent symptomatisk diagnose af hans tilstand, vil denne lyde paa, at han lider af en *stupor.* Men dette syndrom er i og for sig ingen diagnose, det angiver kun den situation, hvori patienten i øjeblikket befinder sig, men det hjælper os ikke til at orientere

os med hensyn til hans fremtidige skæbne. Stuporen optræder nemlig som et symptom ved en hel række psykoser af ganske forskellig oprindelse og med ganske forskelligt forløb og terminalstadium. Den kan strække sig over et kortere eller længere tidsrum i forløbet af en *generel parese*, den kan vise sig transitorisk som et led i de psykiske forstyrrelser, der optræder ved *hysterien* eller *epilepsien*, den kan være en af forløbsformerne for den *akute hallucinatoriske forvirring*, og den kan endelig optræde som en fase i en *manio-depressiv psykose* eller en *dementia præcox*. I de førstnævnte tilfælde vil i det store flertal de ledsagende somatiske symptomer eller de anamnestiske og ætiologiske oplysninger hjælpe os til den rette forstaaelse af tilfældet. Derimod kan differentialdiagnosen imellem den stupor, der optræder som det stærkeste udtryk for den depressive hemning ofte være vanskelig at skælne fra den, der repræsenterer den fuldstændige viljesspærring ved en dementia præcox.

Hvad De navnlig her skal lægge vægt paa, er, at De ikke tager fejl af den depressive *hemning* og *negativismen*. Ved hemningen er den modstand, som patienten gør imod bevægelser og forandringer udtryk for den angst eller den mangel paa selvtillid, der behersker ham; alt, hvad han foretager sig, sker tøvende og ængsteligt; enhver tilnærmelse, ethvert forsøg paa at bringe ham ud af den tilstand, han er i, faar ham til at reagere med en afværgebevægelse; derfor reagerer han ogsaa som regel paa smærtelige indtryk eller trusler om saadanne, og gør han det ikke, skyldes det indholdet af hans vrangforestillinger[1]). Hemningen kan ogsaa nu og da give anledning til katalepsi og til en vis grad af stereotype stillinger, men ved den depressive hemning er disse udtryk for patientens sindsstemning, det drejer sig om virkelige expressions of emotion, det er derfor sjældent det forvredne og umotiverede ved dem, som

[1]) se p. 102.

man finder ved dementia præcox. Den depressive hemning giver heller ikke anledning til den kontrære opførsel, som vi ser ved negativismen, lige saa lidt som den pludselig afbrydes af de impulsive handlinger eller tvangsmæssige stereotype bevægelser, som man finder ved dementia præcox.

Hos vor patient kan der, efter hvad jeg har udviklet for Dem, næppe være nogen tvivl om, at vi staar overfor en stupor i forløbet af en dementia præcox. Og hvad der støtter denne diagnose, er dels den maade, hvorpaa lidelsen er begyndt, dels de forstyrrelser paa viljeslivets omraade, der giver sig udtryk i den seje fastholden ved ganske bestemte psykomotoriske udtryksformler, den tilstedeværende katalepsi, handlingssuggestibiliteten, de stereotype, de impulsive, umotiverede handlinger, negativismen, det overfladiske, skiftende i stemningslivet og den velbevarede orienteringsevne, men svigtende opmærksomhed.

Men selv om vi er naaet til at fastslaa denne diagnose for vor patient, kan vi saa med sikkerhed stille horoskopet for hans fremtid? Ikke med sikkerhed, men med sandsynlighed [1]).

I 1874 udgav *Kahlbaum*, efter at han allerede 5 aar i forvejen [2]) havde skitseret sine anskuelser, en monografi, der bar navnet: Die Katatonie oder Spannungsirresein. Han skildrer heri en cyklisk forløbende psykose, der gennem forskellige faser af melankoli, mani, stupor og forvirring havner i sløvhed, og som foruden disse psykiske forstyrrelser, hvis rækkefølge og fuldstændighed ikke altid er ens, frembyder ejendommelige symptomer fra det motoriske nervesystems side. *Kahlbaum* skildrer baade kata-

---

1) Patienten overflyttedes til St. Hans hospital, hvor han endnu er „udpræget juvenil demens med usystematiske forfølgelsesforestillinger“. Han er saaledes et eksempel paa, hvorledes vrangforestillingen først optræder i *forløbet* af en dementia præcox.

2) Arch. f. Psychiatrie. Bd. II. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 26.

lepsien, negativismen, stereotypien og de automatiske bevægelser, ligesom ogsaa det impulsive og umotiverede i patienternes handlinger. Og han mener, at disse somatiske symptomer i forbindelse med de psykiske er ligesaa karakteristiske for katatonien og fuldt saa vel motiverer en afgrænsning af denne som en nosologisk sygdomsenhed, som den ejendommelige kombination af psykiske forstyrrelser med bestemte legemlige symptomer berettiger til at udskille dementia paralytica som en særlig sygdom.

Denne *Kahlbaums* opfattelse brugte imidlertid lang tid om at slaa igennem, og det var egentlig først, da *Kraepelin* omtrent 20 aar senere knæsatte *Kahlbaums* opfattelse, at denne lidt efter lidt arbejdede sig frem til en mere almindelig anerkendelse. Det nye, der udover den fortrinlige skildring af de enkelte symptomer laa i *Kahlbaums* syn paa katatonien, var hans stærke fremhæven af det uholdbare i at ville gøre den i øjeblikket tilstedeværende psyko-patologiske tilstandsform til det bestemmende ved psykosernes diagnose, og hans paavisning af, at det afgørende laa i studiet af psykosens hele levnedsløb lige fra de første spor af den gennem alle dens forskellige faser til dens udgang i helbredelse eller demens. *Kraepelin* blev imidlertid ikke staaende ved *Kahlbaums* syn paa katatonien. Dels viste han, hvorledes der imellem denne og hebefrenien, som en af *Kahlbaums* elever — *Hecher*[1]) — har givet den klassiske beskrivelse af, var flydende overgange, og motiverede derved berettigelsen til at samle de to sygdomsenheder under et fælles synspunkt; dels lagde han, ligesom han gjorde det ved de manio-depressive psykoser mindre vægt paa det cykliske i katatoniens forløb, saaledes at tilfælde, der kun manifesterede sig i kataton eksaltation eller kataton stupor, fik samme plads i systemet som de, hvor de forskellige faser fulgte efter eller vekslede med hinanden; og endelig skød han, i modsætning til *Kahlbaum*,

[1]) Virchows Arch. f. pathol. Anat. und Physiol. Bd. LII. 1871.

der ansaa katatoniens prognose for at være god, den terminale demens stærkt i forgrunden og fremhævede baade handlingssuggestibilitetens og følelsesindifferentismens diagnostiske betydning.

Hvis denne betragtningsmaade havde absolut gyldighed, saa vilde det ingen vanskelighed volde at angive den vej, vor patients psykose vilde tage. Vi kunde forudsige, at den stupor, hvori han nu ligger hen, om kortere eller længere tid vilde blive afløst af en kataton eksaltation, at disse to faser maaske i aaringer vilde veksle med hinanden, og selv om den ene eller den anden af dem blev dominerende, saa vilde patienten i løbet af relativ kort tid havne i en tiltagende demens, der lidt efter lidt vilde lægge hele hans psykiske liv øde. En saadan kategorisk prognose er vi imidlertid ikke berettiget til at stille. Men for at undgaa unødige gentagelser, vil jeg vente med at diskutere de forskellige forløbsmuligheder, til jeg har vist Dem endnu en patient, der skulde tjene som et eksempel paa den anden fase i katatonien, paa den *katatone eksaltation.*

Den næste patient, jeg vil vise Dem, er ogsaa 21 aar. Men medens der hos den forrige ikke fandtes noget i hans tidligere liv, der tydede paa et vulnerabelt centralnervesystem, saa har vi om den patient, De her ser, faaet oplyst, at han i 12aars alderen led af en langsomt begyndende og snigende forløbende chorea, der debuterede med en periode af stærk forvirring, som varede i en snes dage. Selv om delirier af forskellig styrke hører til de dagligdags fænomener i indledningsstadiet til infektionssygdomme hos børn, saa bør dog psykiske forstyrrelser, der har præget af virkelige psykoser, altid vække vor opmærksomhed, fordi de saa ofte er udtryk for en abnormt følsom og sygeligt reagerende hjærnevirksomhed. Vor patient skal i de siden da forløbne aar have været fuldstændig psykisk

normal. Derimod gennemgik han for to maaneder siden en svær influenza, der dog ikke var ledsaget af cerebrale symptomer. Han kom sig relativt hurtigt, genoptog sit arbejde, og der skal ikke have været noget at mærke paa ham før en ugestid før indlæggelsen her paa hospitalet. Han blev da adspredt og tavs, kunde ikke passe sine forretninger, sløsede tiden bort, eller sad stille hen og stirrede ud for sig, og rørte, skønt han ellers er passioneret violinspiller, ikke sit instrument. Han sov daarligt om natten og lod sig forlyde med, at han snart skulde dø. Et par dage før indlæggelsen yppede han kiv med sin bedste ven i anledning af en ung pige, som han for et aarstid siden havde været forelsket i, men i den mellemliggende tid slet ikke havde set, og han erklærede, at nu vilde han gaa ud og fri til hende. Han gik ogsaa op i hendes hjem, hvor han dog kun traf hendes fader, opførte sig i høj grad paafaldende, og gik forbitret bort uden at have fremført sit ærinde.

Ved indlæggelsen her paa afdelingen var han de første dage ængstelig, var bange for de andre patienter, kom om natten hyppigt ud paa gangen for at tale med sygeplejersken og gjorde indtryk af at være noget uforstaaende og usikker, til dels ogsaa mistroisk overfor omgivelserne. Men ret pludseligt forandrede han adfærd. Han blev urolig og støjende, var til tider halve døgn igennem i uophørlig bevægelse, snakkede ustanseligt og sang eller raabte op. Men saavel hans bevægelser som hans handlinger og sprog var præget af den stereotypi og den samme blinde impulsivitet, som udmærkede de enkelte psykomotoriske udtryk i den katatone stupor. Han travede i stormmarch op og ned ad gangen og trommede i timevis med hænderne paa væggen, klappede i hænderne eller dansede med *affekterede, paatagne fagter* rundt i værelset. Til andre tider stillede han sig op i aparte forvredne stillinger og bevarede dem tableauagtigt i lange tider, medens han — ligesom De ser det nu — *grimacerede* paa det ivrigste.

Men foruden disse hensigtsløse bevægelser, der jo kun i grad og voldsomhed adskiller sig fra den uro, der nu og da afbrød den katatone stupor, foretog han sig ogsaa handlinger, der selv om motivet til dem ofte var uudgrundeligt, dog forudsatte en vis grad af overvejelse. Han er flere gange faret løs paa de andre patienter eller personalet og har slaaet eller sparket dem, han rev forleden dag, medens han sad i sin seng, ganske pludseligt en strimmel af sit lagen, og strammede den haardt om halsen paa sig, og De saa jo selv, hvorledes han for et øjeblik siden pludseligt opgav sin teatralske tænkerstilling og som et lyn for hen og rev papiret ud af haanden paa mig og kastede det paa gulvet.

Naar man undtager disse direkte angreb paa omgivelserne og de ikke faa handlinger, han foretager sig, der tydelig viser, at han har en uimodstaaelig trang til at foretage netop det, som omgivelserne ikke ønsker af ham, saa danser han omkring paa gulvet eller synger og snakker uden tilsyneladende at tage noget hensyn til eller lade sig paavirke af, hvad der foregaar om ham. Som regel svarer han slet ikke paa, hvad man spørger ham om, undertiden udslynger han ganske pludselig med bydende eller truende fagter og miner et ganske meningsløst spørgsmaal. De hørte selv, hvorledes han før pludselig raabte: „hvem taler til en mand, der tror, han er halshugget“, til andre tider viser hans svar, at han meget godt har forstaaet spørgsmaalet, men mod bedre vidende giver en forkert oplysning. Men som regel er hans tale et sammensurium af ganske sammenhængsløse, ofte nylavede ord, en ordsalat, som *Forel* kalder det, i hvilken det hverken er muligt at finde traad eller mening. Han frembyder ogsaa i udpræget grad det symptom, der gaar under navnet *verbigeration*, idet han lange tider igennem gentager den samme sætning; undertiden er den ganske meningsløs, undertiden udtryk for et ønske, som da han forleden dag under hele stue-

gangen vedblev at sige: „Henry J. vil gærne hjem.“ Som regel fremføres disse sætninger eller samlinger af ord i en ganske bestemt rhytme, med patetisk eller hemmelighedsfuldt tonefald, med akcent paa enkelte ord eller stavelser eller syngende eller vrængende. De ser altsaa, at vi ogsaa i patientens tale finder de samme to ledemotiver: stereotypien og impulsiviteten, som vi traf i hans rent motoriske udladninger.

Jeg har allerede antydet for Dem, at der hos vor patient ogsaa kan paavises tegn paa *negativisme.* Hele den kontrære maade, han opfører sig paa, og som for den ukyndige let kan blive misforstaaet og opfattet som bevidst drilleri, hans „Vorbeisprechen“ ligesom ogsaa hans lyst til i sygeplejerskernes nærværelse at bruge sjofle udtryk, — ved stuegangen i morges morede han sig med i en sætning at anbringe ordet tyrepenis, selvfølgelig uden latinisering, mindst tyve gange — eller naar de kommer ind til ham, at rive klæderne af sig og spasere nøgen om i stuen med alt andet end høviske lader, er sikkert udtryk herfor. Men desuden har han en tid lang været spisevægrende, gjort energisk modstand mod toilettet om morgenen og et par gange paa ostentativ maade ladt vandet i sengen.

Skønt man paa grund af den motoriske uro, patientens sprog, hans tilsyneladende ignoreren af omgivelserne, hans hensigtsløse handlinger og forskellige negativistiske tilbøjeligheder, ved en overfladisk betragtning kunde faa det indtryk, at hans *orienteringsevne* er mangelfuld og usikker, saa viser det sig, naar man nøjere undersøger dette forhold, ingenlunde at forholde sig saadan. Giver man sig tid og har taalmodighed til at forcere hans negativistiske trang til at gøre imod, saa kan han, som De hører, give fuldstændig korrekte oplysninger om sine egne forhold. Han kender dato og aarstal, ved. hvor længe han har været her og kender de fleste af personalet ved navn. At hans

opfattelsesevne heller intet har lidt, viser de smaabemærkninger, han af og til strør ind i sin ordsalat og som baade kan være rammende og bærer tydelig vidnesbyrd om, at han følger, hvad der sker udenom, selv om hans interesse for omgivelserne øjensynlig er meget ringe.

De har sikkert lagt mærke til det overlegne, nedladende, der af og til er over patientens optræden. Dette hænger ganske sikkert til dels sammen med de *vrangforestillinger*, han sidder inde med. Snart tror han om sig selv, at han er Napoleon, og De saa jo ogsaa, hvorledes han for lidt siden stillede sig op med korslagte arme og med imperatormine spurgte mig: „Kender Du blikket, kender Du blikket fra Waterloo“? til andre tider har han erklæret, at han er Høffding, Georg Brandes eller Kristus, og i de brudstykker af hans tale, der er forstaaelige, spores der ogsaa ofte en vis grad af filosoferen. Han taler om selvtilintetgørelse, idealerne, og grunden til verdens elendighed. Hos vor patient spiller vrangforestillingerne dog kun en underordnet rolle, men i andre tilfælde kan de næsten ganske dominere sygdomsbilledet, og det er da navnlig mystiske og religiøse forestillinger, der er fremtrædende. De af Dem, der er kendt paa afdelingen, mindes sikkert en svensker midt i trediverne, der har alle den katatone eksaltations attributer, og hvor religiøse vrangforestillinger spiller en altovervejende rolle. Han er ogsaa i høj grad hallucineret, hører stadig Kristus tale til sig, og ser himlen aaben og jomfru Maria i skyerne. Det er i det hele taget almindeligt, navnlig i eksaltationens begyndelse, at *hallucinationer* spiller en meget fremtrædende rolle; De kan vise sig baade paa synet og hørelsen, og maaske endnu hyppigere som følelseshallucinationer, idet patienten klager over at blive elektriseret, gennemlyst eller paavirket ved hypnose og telepati, vor patient har saaledes gentagne gange højlydt skældt ud paa sine hallucinationer, han paastod forleden dag, at overlægen kastede et membrum virile hen i sengen

til ham, ligesom han ogsaa har beklaget sig over, at han „blev paavirket af usynlige kræfter.“

Hvad patientens *stemningsliv* angaar, saa maa de ikke, saaledes som det i tidligere tider ofte er sket, lade Dem forlede til af patientens stadige motoriske uro og hans tidevis optrædende ustanselige talestrøm, at slutte til en løftet stemning hos ham. Det er tværtimod paafaldende at se, hvor ligeglad og indifferent han forholder sig baade overfor omgivelserne og de forestillinger, der behersker ham. Han viser aldrig tegn, hverken paa glæde eller sorg, den eneste affekt, der nu og da for et øjeblik bruser op i ham, er vreden, men den svinder som regel hurtigt.

Endnu et symptom maa jeg omtale, skønt ingen af vore to patienter har frembudt det, og det er de *epileptiforme, eller rettere hysteriforme anfald,* som nu og da optræder navnlig under den katatone eksaltation, men som iøvrigt kan vise sig paa et hvilketsomhelst tidspunkt i dementia præcox' forløb, endogsaa nu og da være det første symptom. D'herrer, der gør stuegang med, husker sikkert en ung barber, som blev udskrevet som helbredet for et par dage siden, og som frembød et typisk billede paa en kataton eksaltation. De mindes sikkert ogsaa, at han en dag pludseligt fik et anfald, under hvilket han blev stiv, gav sig til at klapre med tænderne og lidt efter fik skiftevis toniske og kloniske trækninger i arme, ben og truncusmuskulaturen, og disse steg til sidst til en saadan styrke, at han, da man med vilje ikke holdt paa ham, faldt ud af sengen, dog uden at slaa sig. Anfaldet varede omtrent ti minutter, og umiddelbart efter det genoptog han sine sære fagter, sin grimaceren og verbigereren. *Kraepelin* vil have set katatone anfald, efter hvilke der opstod forbigaaende pareser og andre, hvor der pludseligt opstod en længere varende coma i forløbet af en dementia præcox. Noget saadant har jeg aldrig set. Hvis man kun faar lejlighed til at observere anfaldet, bærer

det som regel ganske præget af et hysterisk anfald[1]). Men har man lejlighed til i længere tid at observere patienten, vil det som regel ingen vanskelighed volde at stille den rigtige diagnose.

Skønt de to patienter, jeg her har vist Dem, i det rent ydre frembyder meget iøjnefaldende forskelligheder, saa findes der dog hos dem træk, som tydeligt aabenbarer deres samhørighed. Og det er da navnlig de ovenfor nævnte forstyrrelserne paa viljeslivets omraade og den udtalte følelsesindifferentisme, der danner det samlende fællesmærke for disse forskellige udtryksformer af den samme psykose.

Hvad *differentialdiagnosen* mellem den katatone eksaltation, og den eksaltation, der kan opstaa i forløbet af en manio-depressiv psykose eller en generel parese angaar, saa maa jeg henvise til, hvad jeg ved andre lejligheder[2]) har meddelt Dem herom. At katatonikere, hvad enten de befinder sig i den stuporøse fase, eller i den eksalterede, ofte af lægfolk betragtes som *simulanter,* kan ikke forbavse Dem, naar De husker, hvor ofte disse patienters modstræbende, puerile opførsel, bærer præget af det villede og bevidst drilagtige, og da det ikke er helt sjældent, at denne psykose viser sig i fængslet, vil De forstaa, hvor udsatte disse patienter kan være for en uretfærdig og i høj grad uheldig behandling. I virkeligheden vil simulationen af en katatoni med flere eller færre af dens saa karakteristiske psykomotoriske forstyrrelser umulig lade sig gennemføre overfor en kyndig observation; dertil vilde kræves et kendskab til denne psykoses symptomatologi og en utrættelighed og konsekvens i udførelsen, som ikke kan forudsættes at være til stede hos patienten.

Der er imidlertid et differentialdiagnostiskt spørgsmaal, som jeg i dag vil gaa noget nærmere ind paa, og det er

---

1) Se mine kliniske forelæsninger over nervesygdomme, p. 178 o. f.

2) Se p. 67 o. f. samt p. 194.

forholdet mellem katatonien og *den akute hallucinatoriske forvirring.* Medens denne sidste sygdom for blot ti aar siden var den, der beskæftigede psykiatrikerne ivrigst og inden for sine rummelige rammer husede de mest forskelligartede psykoser, saa betegner *Kraepelin* den i sidste udgave af sin psykiatri som „eine ziemlich seltene Krankheit“, og *R. Vogt*[1]) skriver endog, at „amentia er en meget sjælden sindssygdom“, og begge forfattere hævder, at største delen af de patienter, som i tidligere tider blev opfattet som tilfælde af forvirring, i virkeligheden hørte ind under katatonien. Jeg mener ogsaa, at dette for en del patienters vedkommende er rigtigt, og jeg tror det navnlig for de mere protraherede tilfældes vedkommende. Jeg ved da fra mit eget ophold paa St. Hans hospital, hvorledes den ejendommelige, kontrære opførsel hos katatonikere, hvorledes deres tilsyneladende fuldstændige mangel paa interesse og opmærksomhed overfor omgivelserne, deres verbigeration og ganske meningsløse handlinger og automatiske bevægelser gang efter gang fik os til at betragte saadanne patienters psykose som udslag af forvirring, fordi vi oversaa den orienteringsevne og korrekte opfattelse af omgivelserne, der laa skjult under de andre symptomer. Og der er ikke tvivl om, at det er gaaet paa samme maade andre steder, og da navnlig paa sindssygeanstalterne. Der er nemlig ingen sindssygdomsform, hvor forskellen mellem de psykiatriske kliniker og sindssygeanstalterne gør sig gældende paa en saa iøjnefaldende maade som ved forvirringen. Og det ligger i, at det store flertal af forvirrede patienter aldrig naar til sindssygeanstalterne. Enten dør de, eller ogsaa helbredes de, inden de kommer saa langt.

Hvis De f. eks. vil studere den fremstilling af amensen, som *Pontoppidan*[2]) har givet her fra afdelingen, saa viser det sig, at af hans 56 tilfælde dør de 31, de 15 udskrives

---

[1]) l. c. p. 141.

[2]) Psykiatr. forelæsn. og studier. 1892.

som helbredededede, og af de 10 uhelbredede bliver kun 5 overført til en sindssygeanstalt. Og ser man paa det materiale, som *Th. B. Hansen* anfører[1]), og som for største delen skriver sig her fra afdelingen, saa dør der af hans 42 patienter 12, 21 af 30 helbredes inden 2 maaneders forløb, og 7 af de 42 overflyttes til en sindssygeanstalt. Og endelig har *D. E. Jacobson*[2]) samlet ni tilfælde af „autointoksikationspsykoser“, der ligeledes optraadte under forvirringens billede, og af disse døde de 5, 2 helbredededes, 1 bedredes, og 1 sendtes til St. Hans hospital.

[illegible]d der først slaar én ved disse tal, er den slette vitale [illegible] der kendetegner disse tilfælde, et forhold, der [illegible]nger sammen med de ofte meget alvorlige organ[illegible]r ligger bagved og har fremkaldt psykosen. Men [illegible]faldende er den hurtighed, hvormed de patien[illegible]ke dør, helbredes.

[illegible]tning til disse erfaringer, der skriver sig fra [illegible] klinik, skal jeg nævne, at *Arne Poulsen*[3]), [illegible] et meget grundigt arbejde om forvirringen [illegible]ateriale fra Oringe sindssygeanstalt, kun [illegible]dsprocent paa 6,4, medens helbredeligheds[illegible]svarer nogenlunde til, hvad de før omtalte for[illegible]ere angiver. *Fr. Lange*[4]) betegner prognosen som „ret gunstig“, men fremhæver gentagne gange den fare, der er for, at disse psykoser gennem en hurtig udvikling kan føre til uhelbredelig demens.

Hvad der imidlertid staar de to lejre imellem, tager ikke alene sigte paa prognosen, men ogsaa paa ætiologien og symptomatologien. De forfattere, der har arbejdet her paa afdelingen, er alle enige om at tillægge infektiøse,

---

1) Om forholdet mellem puerperal sindssygdom og puerperal infektion. Kbh. 1888.

2) Bibl. for læg. 1894.

3) Studier over primær idiopatisk amentia. Kbh. 1896.

4) De vigtigste sindsygdomsgr. Kbh. 1894, p. 264.

respektive intoksikatoriske faktorer den altovervejende betydning ved forvirringsformernes opstaaen. Ikke saaledes at forstaa, at et af disse momenter ikke lejlighedsvis skulde virke udløsende paa en hidtil latent disposition til psykoser af anden art, men saaledes, at amensen som sygdomsenhed krævede et toksisk eller infektiøst grundlag for sin opstaaen. Derimod tillægger disse forfattere ikke den hereditære psykopatiske disposition nogen betydning. I modsætning hertil angiver *Arne Poulsen*, at der i 71,6 % af hans tilfælde var arvelig disposition, et tal, der ikke er ringere end det, mange forfattere finder ved de ekskvisit arvelige sindssygdomme, medens der kun i 34 % af tilfældene kunde paavises en somatisk aarsag til psykosens opstaaen.

Men ogsaa i symptomatologisk henseende er de linjer, der drages for amensen meget forskellige. Medens *Pontoppidan*, der er den eneste, som her hjemme har givet en fuldstændig fremstilling af forvirringen, saaledes som den præsenterer sig paa en psykiatrisk klinik, med bestemthed udskyder ikke blot katatonien, som han regner til den juvenile demens, men ogsaa de forskellige former af „acuter Wahnsinn", som han kun opfatter som faser med omtaaget bevidsthed under forløbet af de forskellige primære sindssygdomsformer, saa er afgrænsningen hos flere andre forfattere langt mere svævende. Hvis De f. eks. hos *Arne Poulsen* vil gennemlæse de karakterejendommeligheder, som pubertetsalderen efter hans mening giver forvirringen (l. c. p. 57), saa vil De der genfinde næsten alle de træk, jeg i denne og forrige forelæsning angav som karakteristiske for dementia præcox. Og flere af hans sygehistorier, ligesom ogsaa mange af dem, som *Fehr*[1]) nævner i sin i mange henseender interessante monografi over influenzapsykoserne, vil i vore dage blive henregnet til dementia præcox. Iblandt *Pontoppidans* sygehistorier har jeg derimod kun fundet et par blandt de uhelbredte, som kan vække nogen tvivl om

[1]) Influenza som aarsag til sindssygdom. Kbh. 1898.

berettigelsen til at anbringe dem under forvirringen. Der er derfor ingen tvivl om, at selv om en stor del af de patienter, der for 10—15 aar siden af mange forfattere blev indrangeret under forvirringen, i vore dage vilde finde deres plads dels under dementia præcox, dels under de manio-depressive psykoser, saa findes der en lille gruppe, som er forblevet upaavirket af tidernes skiftende syn paa de psykiatriske sygdomsenheder. Og jeg tror ikke, at den, der vilde skildre amensens sygdomsbillede, som den i vore dage viser sig her paa afdelingen, vilde behøve at foretage nævneværdige forandringer i opfattelsen af de ætiologiske eller symptomatologiske faktorer, der har været de ledende for *Pontoppidan* i hans fremstilling af spørgsmaalet.

Hvad der i diagnostisk henseende maa være Dem magtpaaliggende, efter at De har fastslaaet det somatiske grundlag for psykosen, er at konstatere, at der virkelig foreligger en forvirring. De maa overbevise Dem om, at patientens bevidsthedsliv er omtaaget, at hans apperception er stærkt forstyrret, saaledes som det giver sig udslag i hans taagede, drømmeagtige opfattelse af omgivelserne, i hans udprægede personforvekslinger, i den famlende, tøvende, usikkre maade, hvorpaa han — ofte forgæves — søger at finde sig til rette i forholdene. Om sygdomsbilledet ellers mere antager en eksalteret eller deprimeret, en fatuid eller stuporøs skikkelse, er uden betydning, lige saa lidt som det indhold, patientens vrangforestillinger eller hallucinationer har, spiller nogen rolle. Saavel overfor den maniske som den katatone eksaltation vil det ofte hjælpe Dem, at orienteringsevnen og perceptionen, selv hvor eksaltationen er betydelig, langtfra er saa stærkt afficeret som ved forvirringen, og navnlig overfor den sidste vil De næsten altid kunde konstatere, hvor forbavsende godt patienten „er med". Overfor katatonien vil desuden et eller flere af denne lidelses somatiske tegn, navnlig negativismen, mutacismen, stereotypien og verbigerationen hjælpe Dem til den rigtige diagnose.

Det kan synes paafaldende, at forvekslingen imellem to psykoser som katatonien og forvirringen, hvis prognose er saa forskellig, nogen sinde har kunnet foreligge. Men det kommer af, at *katatoniens forløb* kan være i høj grad lunefuldt. Selv *Kraepelin*[1]) mener, at 13 % af hans tilfælde helbredes, idet han har kunnet følge dem flere, indtil 20 aar, uden at der er kommet tilbagefald, og uden at der er kommet demens. Man skal imidlertid være forsigtig med at konstatere helbredelsen, for saa vidt som der ofte kommer tilbagefald, navnlig i de første aar, og det først er gennem flere anfald med stærkere og stærkere udtalt demens, at det terminale sløvsind naas. Men desuden findes der patienter, der symptomatologisk frembyder alle katatoniens karakterer, men hvis psykose igennem mange aar antager et mere eller mindre regelmæssigt *periodisk forløb,* uden at der viser sig nogen demens. Vi har her paa afdelingen observeret flere tilfælde af saadanne cirkulære katatonier. I andre tilfælde stanser katatonien, uden at de dybere grader af demensen naas. Dette gælder 23 % af *Kraepelins* tilfælde. En del af disse patienter kan, trods de mange særheder i opførsel og nedsættelsen i arbejdsevne og selvstændig initiativ, leve ude i livet. Men i flertallet af tilfældene, ca. 60 % naas de dybeste grader af sløvsindet.

Desværre findes der ikke sikkre kriterier for, hvilke tilfælde der vil forløbe paa den ene, og hvilke paa den anden maade. Det er i virkeligheden umuligt at sige noget bestemt om den enkelte patients skæbne, før slutningsstadiet, det vil sige demensen er indtraadt. I intet af de to tilfælde[2]), jeg har vist Dem i aften, er der sikkre kendetegn paa demens. Hverken stuporen eller den ejendommelige eksaltation, hverken stereotypien, negativismen eller de andre

---

1) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1899.

2) Vor 2den patient blev overflyttet til St. Hans hospital, hvor han laa i 1½ aar. Han blev udskrevet som helbredet og er nu et aar efter udskrivningen fremdeles rask.

katatone træk er i denne henseende afgørende. De vil imidlertid have set, at af de to lidelser, der konstituerer sygdomsbilledet dementia præcox, har hebefrenien den daarligste prognose. Hver gang De derfor møder et tilfælde af dementia præcox med rask udvikling og helst med depressivt forstadium, og i hvis forløb der optræder vel udtalte katatone fænomener, der er De berettiget til at haabe paa en gunstigere udgang end i de tilfælde, der begynder snigende, hvor de katatone træk mangler eller er lidet markerede, men hvor der findes paafaldende svækkelse af dømmekraften og følelseslivet. Det vil jo imidlertid ikke sige andet, end at i hebefrenien viser demensen sig tidligere og paa en mere umiskendelig maade end i katatonien.

DEN MANIO-DEPRESSIVE PSYKOSE.

(DEPRESSIONEN).

MINE damer og herrer! At saa iøjnefaldende fænomener som periodiciteten og den skiftevise optræden af forskellige hinanden ganske modsatte psykopatiske tilstandsformer hos en og samme patient ikke har undgaaet de forfatteres opmærksomhed, der er grundlæggere af den moderne psykiatri, vil ikke forbavse nogen, der kender det kliniske skarpsyn, de fleste af dem sad inde med. De vil baade hos *Esquirol, Morel* og *Guislain*, baade hos *Heinroth, Griesinger* og *Spielmann* finde disse forhold omtalt og vurderet.

Der er imidlertid to momenter, der ved den kliniske bedømmelse maa holdes ude fra hinanden. Det ene er selve *periodiciteten*, det andet *den rent symptomatologiske skikkelse*, hvorunder psykosen og dens forskellige faser viser sig. Vilde man lægge hovedvægten paa *periodiciteten* og med den som ledetraad prøve paa at gennemføre en psykiatrisk systematik, vilde man hurtig havne i det grænseløse. Periodiciteten er nemlig saa allestedsnærværende et fænomen, at der ikke gives den psykiatriske sygdomsenhed, indenfor hvilken det ikke optræder. Det er derfor ikke til at undres over, at der i aarenes løb og lige ned til den nyeste tid er beskrevet baade en *periodisk forrykthed*[1]),

[1]) Se f. eks. *Kausch:* Arch. f. Psych. 1892.

et *periodisk „Wahnsinn“* [1]) og en *periodisk forvirring* [2]). En del af disse tilfælde vil uden tvang kunne henføres under sygdomsenheden: dementia præcox. Dette gælder f. eks. mange af de periodisk forløbende psykoser, som *Kirn* [3]) i sin monografi har skildret som: „Centralen Typosen mit kurzen Anfällen“, og hvor det øjensynligt for en stor del drejer sig om de kortvarige uroanfald, der forefalder saavel i forløbet af hebefrenien som katatonien. I andre tilfælde drejer det sig om saa furibunde anfald af mani, at al kohærens hører op, og de atributer, der ellers hører manien til, drukner i den derved opstaaede forvirring. Og endelig er der tilfælde af periodiske psykoser, der optræder paa baggrund af den psykiske degeneration, enten i form af det saakaldte délire d'emblée, eller under billedet af en uregelret forrykthed, og De vil allerede hos *Fr. Lange* finde omtalt, at forryktheden nu og da kan antage et periodisk forløb. Periodiciteten er jo i det hele et af de træk, der i udpræget grad udmærker den sjælelige degeneration, og *Morel* vilde derfor heller ikke anerkende en periodisk sindssygdom som særlig sygdomsenhed, han saa i periodiciteten kun et udtryk for degenerationen som saadan.

Men naar man uden forbehold taler om periodiske psykoser, saa er det ikke alene periodiciteten, man tænker paa, der er til denne betegnelse tillige knyttet forestillingen om ganske *bestemte psykopatiske tilstandsformer*, der forløber enten under billedet af en mani eller en melankoli, eller en kombination af begge. Men medens den periodiske melankoli og navnlig den periodiske mani var vel kendt af de ældre forfattere og f. eks. har faaet en indgaaende behandling hos *Esquirol* [4]), saa var det først i midten

---

1) *Krafft Ebing:* Lehrb. d. Psych. 1890.
2) *Meynert:* Klin. Vorles. üb. Psychiatrie. 1890.
3) Die periodisch. Psychosen. 1878.
4) Traité des malad. ment. T. I. p. 168.

af forrige aarhundrede, at *Falret père*[1]) og *Baillarger*[2]) omtrent samtidigt skildrede de cykliske psykoser, der i forskellige kombinationer var sammensat af en melankolsk og en manisk fase, af une crise rose og une crise noire som en af *Marcés*[3]) patienter udtrykte det, undertiden med, undertiden uden frit interval.

Med disse forskellige forhold som grundlag er der i tidernes løb opstillet en hel række af underafdelinger indenfor den periodiske sindssygdom. Man[4]) har dels opstillet en *intermitterende type*, hvor anfald af *enten* mani *eller* melankoli gentog sig den ene gang efter den anden afbrudt af kortere eller længere varende frie intervaller; dels har man opstillet en *alternerende type*, enten saaledes, at manien og melankolien var adskilt fra hinanden ved et frit interval, hvad der repræsenterer typen for den alternerende psykose, eller saaledes at manien afløstes af en melankoli, uden at der fandtes noget frit interval, og dette først indtraf, naar begge faser var forløbet; det er denne form, *Baillarger* døbte med navnet: *folie à double forme;* og endelig er der tilfælde, hvor anfald af mani og melankoli stadig skifter med hinanden, uden at der overhovedet findes noget frit interval, tilfælde, som *Falret* beskriver under navnet *folie circulaire.*

Disse forskellige forløbsformer maa imidlertid kun opfattes som typer, indenfor hvilke der findes forskellige afvigelser og overgange. Navnlig er det ikke sjældent i forløbet af en intermitterende melankoli eller mani pludselig at se et anfald af en anden farve opstaa end den, man efter psykosens tidligere forløb var berettiget til at vente.

---

1) Leçons cliniques de médecin. mentale 1854. pg. 249. Bullet. de l'Académie de médecine. 1854.

2) Bulletin de l'Académ. de méd. 1854, og Ann. méd. psych. 1854.

3) Traité pratique des maladies mentales. 1862.

4) Se f. eks. Ballet. Traité de méd. (Charcot, Bouchard et Brissaud) T. VI. Arnaud. Traité de pathol. mentales. 1903.

Der er endogsaa forfattere, der gaar saa vidt, at de mener, at saa godt som alle tilfælde af den intermitterende type i virkeligheden er alternerende, idet man ofte kun faar lejlighed til at observere den ene fase i psykosen, medens den anden forløber saa afbleget, at den ikke kommer til behandling og i mange tilfælde ganske undgaar omgivelsernes opmærksomhed. Dette er ogsaa utvivlsomt rigtigt. Man kan blandt andet se det af det faktum, at de allerfleste forfattere angiver den periodiske mani for at være langt hyppigere end den periodiske melankoli. Men det kommer af, at psykiatrien næsten udelukkende skrives paa sindssygeanstalterne, og manierne som regel er langt vanskeligere for ikke at sige umulige at behandle ude i livet end melankolien. Den læge, der derimod er knyttet til en receptionsafdeling som VI. afdeling eller er beskæftiget ved polikliniker og med privat praksis, ser langt flere periodiske melankolier end manier. Dog hænder det ogsaa, at de melankolske faser enten paa grund af den ledsagende agitation eller paa grund af den fare, som navnlig selvmordstrangen repræsenterer, nødvendiggør en anstaltsbehandling. Og har man lejlighed til at følge sine patienter, efter at det anfald — det være sig nu en melankoli eller mani — der tvang dem ind under psykiatrisk behandling, er forløbet, saa vil det ofte vise sig, at den patient, der tilsyneladende lider af en periodisk melankoli, tilbringer sine saakaldte raske perioder i en let submanisk tilstand, der af hans nærmeste opfattes som udtryk for hans normale væremaade og som et udslag af et naturlig livsglad temperament. Og paa samme maade bliver den lette depression, der saa ofte findes i de frie mellemrum af en periodisk mani, opfattet som et tegn paa et noget tungt, dybttænkende drag i vedkommendes karakter.

Hævdelsen af den periodiske psykose som en selvstændig sygdomsenhed, med sit ejendommelige forløb, med sin særlige prognose og sine særlige forudsætninger førte med

sig, at forfatternes bestræbelser særlig tog sigte paa, at paavise momenter, der kunde tjene som skælnemærker mellem disse psykoser og den simple mani og den simple melankoli, selv om disse skulde vise sig mere end én gang i patientens liv. Og De vil da ogsaa baade hos *Spielmann*[1], *Kirn*, *Mendel*[2], *Schüle*[3], *Emminghaus*[4], *Krafft-Ebing*, hos *Clouston*[5] og *Bevan Lewis*[6], ligesom ogsaa hos de nævnte franske forfattere se, hvor ivrigt de beskæftiger sig med *differentialdiagnosen mellem de simple manier og melankolier og de periodiske psykoser.*

For største parten af de tyske forfattere dannede selve det *konstitutionelle grundlag,* paa hvilket psykosen opstod, et meget afgørende kriterium. Medens den simple mani eller melankoli opstod hos et tidligere fuldstændig sundt individ, og psykosen, hvis den ikke gik over i demens, helbrededes, saa var den nødvendige forudsætning for den periodiske sindssygdom et gennem arv disponeret centralnervesystem, og selv om patienten tilsyneladende kom sig efter hvert anfald, saa vilde man ogsaa i *de frie mellemrum* kunne konstatere flere eller færre af de psykiske ejendommeligheder, der karakteriserer den sjælelige degeneration. Den periodiske sindssygdom maa efter denne opfattelse betragtes som en kronisk hjærnelidelse, hvor de forskellige maniske og depressive faser hæver sig frem som særlig iøjnefaldende episoder, men som selv i intervallerne mærkede sin mand paa en saadan maade, at den kyndige var i stand til at erkende ham som patologisk. Dette syn paa sagen fik ogsaa sit udtryk i de forskellige forfatteres systematik. Medens saaledes baade *Schüle* og

---

1) Diagnostik d. Geisteskrankheiten. 1855. p. 324 f.
2) Die Manie. 1881. p. 74.
3) Handbuch d. Geisteskrankh. 1878. p. 430.
4) Allgem. Psychophathol. 1878. p. 280.
5) Clinical lectures on ment. diseases. 1890.
6) A textbook on ment. diseases. 1889.

Krafft-Ebing indrangerer den simple mani og melankoli under psykoneuroserne, saa opfører de den periodiske psykose mellem de sjælelige degenerationstilstande. Et lignende standpunkt indtager i vor hjemlige literatur baade *Friedenreich* og *Lange*, der begge i deres lærebøger anbringer den periodiske sindssygdom under de paa arveligt anlæg beroende psykoser.

Medens for alle disse forfattere bestemmelsen af patientens tilstand efter det enkelte anfald var af den største betydning for diagnosen, fordi man herved mente — selv om psykosen skulde vise sig paa ny — at kunne afgøre, om man stod overfor et simpelt recidiv eller overfor en ny fase i en periodisk sindssygdom, saa mente de fleste franske forfattere, at der af dette forhold ikke kunde hentes sikkre diagnostiske holdepunkter. Baade *Falret* og *Baillarger* holder nemlig paa, at patienterne i det lucide interval mellem de enkelte faser af den periodiske psykose er normale, og den samme opfattelse deles af *J. Falret*[1]), *Magnan*[2]), *Ballet* og *Arnaud*, medens *Marcé*[3]) gør den karakteristiske indskrænkning, at man overfor retsmedicinske tilfælde skal være meget forsigtig med at erklære en patient for tilregnelig i de frie perioder af en periodisk sindssygdom. Naar franske forfattere saa stærkt fremhæver patientens normale tilstand i det frie interval, saa ligger det i, at de udskyder alle de tilfælde, hvor den periodiske psykose udvikler sig hos patienter, hvor den sjælelige degenerations stigmata er tydelig fremtrædende, og i disse tilfælde opfatter periodiciteten som et udtryk for degenerationen. Imidlertid gælder denne de psykiske funktioners integritet i intervallerne kun for sygdommens første tid. Har den bestaaet længere, og har anfaldene gentaget sig flere gange,

---

1) Arch. génér. de méd. 1878—1879.

2) Commun. au congrès de méd. 1890 og Recherches sur les centres nerveux. 1893.

3) l. c. p. 652.

saa er alle de anførte forfattere enige om, at patienterne har sværere og sværere ved at kæmpe sig frem til status quo, og at der efterhaanden ogsaa i de frie perioder viser sig mere og mere fremtrædende patologiske træk hos dem.

Vanskeligheden ved at bedømme disse forhold fyldestgørende, ligger dels i, at vi saa relativt sjældent har lejlighed til at iagttage vore patienter i det frie mellemrum, og paa de iagttagelser, som patienten selv eller deres nærmeste gør, kan man intetsomhelst bygge. Men dels beror bedømmelsen af disse forhold ofte paa saa vage nuancer, de undersøgelsesmetoder, der staar til vor raadighed er saa lidet fint mærkende, at den forudfattede mening, man gaar til undersøgelsen med, meget let kan medføre saadanne forskydninger i vurderingen af de enkelte iagttagelser, at bedømmelsen af samme patient af to forskellige undersøgere kan føre til et forskelligt resultat. Men bortset fra disse vanskeligheder, der jo altid melder sig, hver gang det gælder om at drage grænserne mellem sjælelig sundhed og sindssygdom, saa mener jeg efter de erfaringer, jeg selv efterhaanden har indhøstet, at ved den typiske periodiske sindssygdom vil man i det store flertal af tilfældene selv i de frie intervaller kunne konstatere symptomer paa et uligevægtigt, disharmoniskt anlæg af centralorganet.

Man har imidlertid ogsaa fra selve *forløbet* søgt at finde holdepunkter for differentialdiagnosen mellem faserne i den periodiske sindssygdom og recidiverne af en simpel melankoli eller mani. Man har saaledes for den periodiske psykoses vedkommende stillet meget rigoristiske fordringer baade til varigheden af de enkelte anfald og de frie perioder, ligesom ogsaa til rækkefølgen, hvori de optraadte, og den form, hvorunder de viste sig. Og selv om det ikke kan nægtes, at der gives tilfælde af periodisk sindssygdom, der viser en næsten matematisk regelmæssighed, hvad disse forskellige faktorer angaar, saa er der andre, hvis

forløb er ganske anderledes lunefuldt. Jeg har allerede gjort Dem opmærksom paa, hvorledes den ene fase i den intermitterende psykose ofte forløber saa stilfærdigt, at den ganske bliver overset, eller hvorledes der pludselig uventet i en intermitterende melankoli optræder en mani, eller omvendt i en intermitterende mani viser sig en melankoli. Men selv i de alternerende former er forløbet ikke altid regelmæssigt, lange faser af mani veksler med korte anfald af melankoli og omvendt, ligesom intervallerne heller ikke altid er af samme længde. Og hvad der yderligere i diagnostisk henseende forringer værdien af det regelbundne i den periodiske psykoses forløb, er, at det ofte først er langt hen i sygdommen at dette fænomen viser sig, hvorimod de første anfald optræder ganske uregelmæssigt, og i adskillige tilfælde mere gør indtryk af at være recidiverende end periodiske psykoser.

Men man har ogsaa søgt differentialdiagnostiske støttepunkter i *symptomatologiske ejendommeligheder*, der skulde markere forskellen mellem de enkelte faser i den periodiske sindssygdom og anfaldet af en simpel melankoli eller mani. Medens enkelte forfattere som f. Eks. *Marcé*[1]) erklærer det for umuligt at skælne et anfald af melankoli eller mani fra faserne i den periodiske sindssygdom, er der i tidernes løb af en række klinikere fremdraget adskillige træk, som ikke er uden betydning for diagnosen. Adskillige af dem vil De allerede finde opført hos *Spielmann*[2]). Det er saaledes reglen, at *prodromalstadiet* i den periodiske psykose er af langt kortere varighed end ved manien og melankolien. Drejer det sig om en *periodisk mani*, saa begynder den ofte ganske akut, eller den melankoli, der indleder den, varer kun nogle dage. At den ofte er saa kortvarig, at den overses, fremgaar tydelig nok deraf, at medens *Lange* f. eks. paastaar, at den periodiske

1) l. c. p. 347.
2) l. c. p. 326.

sindssygdom som regel begynder med et depressivt forstadium, mener *Clouston* at den i 90 % af tilfældene begynder med en mani. Ved den simple mani varer den indledende melankoli som regel meget længere, ofte uger og maaneder. Karakteristiskt er ogsaa, at manien hurtigt stiger til højdepunktet og holder sig paa *samme standpunkt* saalænge psykosen varer. Men ogsaa selve den maniske fases *akmestadium* har ofte særegenheder, der kan være af betydning for diagnosen. For det første naar manien i den periodiske psykose næsten aldrig den højde som ved den simple mani, inkohærensen er mindre fremtrædende, hvorimod det kværulerende, det impulsive, den moralske depravation er iøjnefaldende, og baade vrangforestillinger og hallucinationer forekommer kun sjældent. Ligesom psykosen sætter pludselig ind, saaledes *hører den ogsaa pludselig op*, og den ofte lange rekonvalescens med mangfoldige svingninger og tilløb til helbredelse, der saa ofte forefalder ved den simple mani, er næsten ukendt ved den periodiske sindssygdom.

Hvis De staar over for en *melankoli* og skal afgøre, om den er en simpel melankoli eller en fase i en periodisk psykose, saa gælder for prodromalstadiet og defervescensen det samme, som jeg har sagt angaaende manien. Jeg har f. eks. gennem mange aar nøje fulgt en patient, der lider af en regelmæssig forløbende typisk periodisk melankoli. Hun kan gaa hjemmefra glad og fornøjet, og paa spasereturen „sænker der sig ligesom en sky over hende“, og hun kommer hjem dybt deprimeret og bliver i denne tilstand maaneder igennem. Men en dag, naar hun gaar ud, letter depressionen, og hun kommer hjem og føler sig „som et andet menneske“, har lyst til at tage fat og maa vel nok i en del af den tid, der forløber, inden den nye depression indfinder sig, siges at være let eksalteret. Men ogsaa akmestadiet af melankolien i den periodiske psykose har ofte sine ejendommeligheder. Ogsaa her er vrangforestillinger og hallucinationer sjældne, og det er hem-

ningen, den manglende følelsesbetoning af forestillingerne, den pinagtige følelse af en egen psykisk afmagt, der er dominerende. Og hertil kommer ofte ligesom i den maniske fase et kværulende anstrøg; disse patienter er let saarbare, vredladne, surmulende og ofte i høj grad irritable.

Hvad der ogsaa nu og da kan være af betydning i differentialdiagnostisk henseende er — hvad blandt andre *Meynert*[1]) har gjort opmærksom paa —, at der i den maniske eller depressive fase af den periodiske psykose viser sig kortere varende, ofte næsten momentane *svingninger* over i den modsatte fase.

De vil ogsaa i mange psykiatrier finde angivet, at de enkelte anfald i den periodiske sindssygdom er — som *Kirn*[2]) udtrykker det — *fotografisk* ens i alle enkeltheder. Der gælder imidlertid her det samme, som jeg fremhævede for regelmæssigheden i varigheden af de enkelte faser, at symptomet kun har betydning, naar det er til stede, hvorimod symptomatologisk uensartethed indenfor de enkelte anfald af samme art ingen afgørende differentialdiagnostisk rolle spiller.

Et forhold endnu er af differentialdiagnostisk betydning, og det er den *spontanitet*, hvormed anfaldene i den periodiske psykose ofte viser sig. De optræder ofte ganske uden nogen lejlighedsaarsag, bryder frem, medens patienten lever under de roligste og mest skærmede forhold, og svinder igen, selv om der er ydre forhold nok, der kunde antages at ville holde dem i live. Ved de simple anfald af mani eller melankoli vil man derimod i modsætning til denne selvstændighed i optrædelsesmaade og vækst ofte finde ydre baade mere akute og kroniske skadelige potenser, der virker som direkte fremkaldende momenter. Imidlertid har heller ikke dette forhold absolut gyldighed, idet man nu og da ser tilfælde, hvor en eller anden ydre

---

1) Klin. Vorles. üb. Psychiatrie. 1890.

2) l. c. p. 10.

skadelig indflydelse har en udløsende virkning paa de første anfald af den periodiske sindssygdom, hvorefter den fortsætter sin egen tilværelse ganske uafhængig af saadanne.

Selv om alle disse forhold taget enkeltvis kun har en relativ værdi ved afgrænsningen af de periodiske psykoser, saa repræsenterer de dog, hvis de findes samlede en sum af kliniske og symptomatologiske træk, der ofte kan være til stor hjælp ved fastsættelsen af den altid vanskelige diagnose mellem den periodiske sindssygdom og det enkelte anfald af en simpel mani eller melankoli.

De vil af det, jeg hidtil har sagt Dem, se, at der indenfor psykiatrikerne gør sig to retninger gældende overfor spørgsmaalet om de periodiske psykoser. For den ene er periodiciteten det afgørende, hvoraf følgen bliver, at der opstilles baade en periodisk mani og melankoli, en periodisk forrykthed, en periodisk forvirring, og man kunde yderligere supplere disse former med en periodisk katatoni og en periodisk dementia paralytica. For den anden retning er akcenten ikke alene lagt paa periodiciteten, men ogsaa paa den form, psykosen har antaget, for den omfatter den periodiske psykose kun de tilbagevendende melankolier og manier og de forskellige kombinationer af disse psykopatologiske tilstandsformer. Men der gives endnu en retning, og det er tilmed den, der for øjeblikket har bedst vind i sejlene. Denne retning, der repræsenteres af *Kraepelin*, har *i principet ganske elimineret periodiciteten* og udelukkende fæstet opmærksomheden paa det rent symptomatologiske sygdomsbillede, idet den har revet skællet ned imellem den periodiske sindssygdom og den simple mani og melankoli og — paa en enkelt undtagelse nær — samlet alle melankolier og manier i den samme nosologiske sygdomsenhed, i den manio-depressive psykose. Det vil med andre ord sige, at enhver mani eller enhver melankoli, der ikke optræder symptomatologisk under forløbet af en anden psykose og ganske uafhængig af, hvor-

ledes forløbet senere maatte arte sig, slaas sammen i en og samme sygdomsenhed.

Naar De mindes den iver og det store arbejde, der er udrettet for at drage skillelinjen mellem den periodiske psykose og den simple mani og melankoli op, og naar De erindrer, at det ikke her drejer sig om en simpel etikettering af forskellige psykoser, men om afgørelser, der tager sigte paa patientens hele fremtidige liv, fordi prognosen af de to sindssygdomsformer er saa forskellig, saa maa man være berettiget til at vente sig meget vægtige grunde og meget afgørende og uimodsigelige beviser ført i marken for at motivere en saadan sammensmæltning. *Kraepelins* hovedargument ligger i den paastand, at det er umuligt ved studiet af den tilstedeværende psykopatiske tilstandsform alene at afgøre, om der foreligger et tilfælde af simpel *mani* eller periodisk sindssygdom. Jeg har ovenfor søgt at vise Dem, at denne paastand i adskillige tilfælde ikke holder stik. Men dernæst paastaar han, at der gives ganske jævne og umærkelige overgange mellem de tilfælde, hvor en simpel *mani* kun viser sig én gang i patientens unge dage for aldrig senere at gentage sig, gennem andre tilfælde, hvor psykosen optræder 2, 3 eller 4 gange i livet og til saadanne, der antager karakteren af en intermitterende eller alternerende psykose. Men saadanne overgange er vi jo vant til at finde mellem alle sygdomsenheder indenfor psykiatrien, uden at vi derfor opgiver de ejendommeligheder, der sætter grænse imellem de typiske tilfælde af hver enkelt af dem.

Kraepelin paastaar, at akcepterer man ikke hans maade at se sagen paa, kan man komme til at vente 30 aar og mere, inden man kan faa stillet sin *diagnose*. Han glemmer imidlertid ganske at omtale, at *hvis* man anlægger hans synsmaade, saa berøver man sig selv muligheden for i et lige saa langt tidsrum at stille *prognosen* for tilfældet, hvad han sikkert selv vil indrømme, er ligesaa vigtigt. Det kan i det

hele taget ikke undgaa at vække forundring at se en forfatter, der er fører for den kliniske betragtningsmaade indenfor psykiatrien, en betragtningsmaade, der ikke har ord stærke nok til at fordømme de undersøgere, der lægger hovedvægten paa den rent symptomatologiske tilstandsform, hvori patienten i undersøgelsesøjeblikket befinder sig, se ham lade forløbet og terminalstadiet ganske ude af betragtning ved fastsættelsen af diagnosen. Det er jo nemlig det, der sker, naar man i samme nosologiske sygdomsenhed anbringer patienter, der én gang i deres ungdom har gennemgaaet en simpel mani eller melankoli, og som i resten af deres liv udfylder deres plads i samfundet paa fuldtud fyldestgørende, maaske endog fremragende maade, og patienter, hvis liv for største delen maa leves indenfor en sindssygeanstalts mure, kun skiftende imellem celleafdelingen og de mere rolige afdelinger. Og det er ligesaa paafaldende at se, at han, der overfor hysterien lægger en saa overordentlig vægt paa den baggrund, som hele patientens karakter og personlighed danner for de psykiske forstyrrelser, ganske uden betænkning anbringer patienter, der kun én gang i deres liv viser patologiske afvigelser fra normen og iøvrigt er fuldtud normale, i samme sygdomsenhed som patienter, der hele deres liv igennem lever paa eller inden for sindssygdommenes grænse.

Hvad der imidlertid efter min mening er grundfejlen ved *Kraepelins* synsmaade er, at han tager *manien* som ledetraad ved begrundelsen af det omfang, han giver den manio-depressive psykose. Det har nemlig i lange tider været fastslaaet, at manien har en udpræget tilbøjelighed til at optræde periodisk, allerede *Esquirol* angav dette forhold for $^1/_3$ af manierne. De vil i *Kraepelins* fremstilling se, hvorledes han i sine deduktioner stadig tager sigte paa den maniske tilstandsform, og dog er denne et langt sjældnere forekommende fænomen end den depressive. Ganske vist angives der i de arbejder, der er skrevet paa sinds-

sygeanstalterne, at den periodiske mani er langt hyppigere end den periodiske melankoli, *Kirn* anfører f. eks. i sin monografi kun et tilfælde af den sidstnævnte, og *Lange* er den eneste forfatter, jeg kender, der har lige mange af hver. Men det ligger i, at manierne langt hyppigere kræver anstaltsbehandling. Her paa VI. afdeling derimod og endnu mere ude i livet er melankolierne, baade de simple og de periodiske langt de hyppigste. Det forekommer mig derfor at være en vægtig anke imod *Kraepelins* betragtningsmaade, at han selv maa indrømme, at depressionstilstanden er langt mindre karakteristisk for den manio-depressive psykose end eksaltationstilstanden, selv om der ogsaa her gives „eine nicht ganz kleine Gruppe von Fällen“, hvor melankolien viser sig flere gange i et menneskes liv og ogsaa nu og da antager et „næsten“ periodisk forløb. At en saadan usikkerhed overfor bedømmelsen af den hyppigst forekommende yttringsform for en nosologisk sygdomsenhed er faretruende for dens oprетholdelse, forekommer mig indlysende.

Hvad der ogsaa for Dem som praktiserende læger spiller en meget betydelig rolle at vide, er, at i numerisk henseende vejer den ende af den manio-depressive psykose, hvor der i patientens liv kun optræder et eller et par anfald, langt tungere end den, hvor den psykose, der af andre forfattere skildres som den periodiske sindssygdom, befinder sig. Denne sidstnævnte psykose, der i et meget stort antal tilfælde gør patienterne til invalider i hele eller store dele af deres liv, er nemlig en sjælden sygdom. I sammenligning med de enkeltstaaende eller recidiverende anfald af melankoli og mani tæller de, hvad enhver, der har været paa en sindssygeanstalt ved, kun lidt. Og *Fr. Lange* har imellem 3000 patienter paa Oringe kun set 28 tilfælde, medens han i samme materiale 109 gange har fundet primær forrykthed, en sygdom, der ogsaa er sjældnere end den simple melankoli og mani. At opstille en

statistik om disse forhold vil imidlertid ikke føre til noget paalideligt billede af sagen. Dels vil de lette tilfælde, som netop i praktisk henseende spiller en saa stor rolle, let unddrage sig opmærksomheden, og dels vil patienterne med tilsyneladende kun ét anfald aldrig være overbevisende, fordi tilbagefald af lettere karakter, som ikke kommer til behandling, ikke kan udelukkes.

Jeg vil imidlertid give Dem det raad, naar De staar overfor et anfald af melankoli eller mani, og der ikke i forløbet eller symptomerne optræder nogle af de forhold, jeg ovenfor anførte som tegn paa den periodiske sindssygdom, da at stille en god prognose for tilfældet, og navnlig kan De gøre det, hvis psykosen optræder under melankoliens billede. De kan jo, om De vil, altid tage den reservation, at patienten maaske om fem eller ti eller femten aar faar et recidiv af sin psykose, eller at han nogle uger hvert efteraar eller foraar vil føle sig mindre arbejdsdygtig, mere forknyt og tung i det end ellers.

Jeg sagde Dem før, at *Kraepelin* tog et forbehold, naar han indordnede alle manier og melankolier under den manio-depressive psykose, og dette forbehold gælder den *klimakterielle melankoli*, som for ham staar som melankolien sui generis. Hvad der foruden den sene opstaaen faar ham til at afgrænse denne form som noget fra den manio-depressive melankoli afvigende, er den rent symptomatologiske skikkelse, hvorunder den optræder, en skikkelse, som forøvrigt her hjemme er skildret baade af *Lange* og *Pontoppidan*, og som jeg om lidt, naar jeg kommer til demonstrationen af patienterne, skal vise Dem et eksempel paa. Men dels er de karakterer i det kliniske sygdomsbillede, *Kraepelin* anfører, ikke patognomoniske for den klimakterielle melankoii, selv om de ogsaa hyppigst forekommer der, dels er der andre forhold, der gør afgrænsningen i høj grad kunstig og tilfældig. *Kraepelin* anfører som en grund til at udskille den klimakterielle melankoli

fra den manio-depressive psykose, at *depressionstilstande* i klimakteriet er et temmelig hyppigt fænomen, medens enkeltstaaende anfald af *mani* er meget sjældne. De ser, atter her er det manien, der bliver det bestemmende for afgrænsningen. Denne motivering forekommer mig dog saare betydningsløs, da det sikkert ligger i den menneskelige hjærnes fysiologi at reagere depressivt overfor involutionsprocessernes indflydelse. Det er derfor ganske naturligt, at der ikke optræder manier i dette tidspunkt af patienternes liv, naar det da ikke drejer sig om patienter, der har den periodiske sindssygdom. Heller ikke *Kraepelins* paastand om, at man, hvis man ikke vil anerkende den klimakterielle melankolis selvstændige stilling i systemet, men drage den ind under den manio-depressive psykose, ogsaa maa tage de senile melankolier med, betyder næppe meget, da der jo selv fysiologisk findes jævne og snigende overgange mellem klimakteriet — baade det kvindelige og mandlige — og seniet. Hvorfor skulde der saa ikke ogsaa findes en umærkelig overgang mellem de former af psykoser, der optræder i de to faser af menneskelivet?

Men der er ogsaa andre forhold, der gør det vanskeligt at dele *Kraepelins* opfattelse af den klimakterielle melankoli. Jeg kunde fra mit eget private klientel nævne Dem tre patienter, der alle i deres ungdom har haft et anfald af simpel melankoli, og som omkring halvtredsindstyveaarsalderen efter i mellemtiden at have været fuldstændig normale fik et nyt anfald af melankoli med den ejendommelige farvning af symptomerne, som saa ofte findes i denne alder. Efter *Kraepelins* opfattelse var disse patienter at betragte som tilfælde af manio-depressive psykoser. Men denne opfattelse forekommer mig ganske kunstig. Jeg mener, det drejer sig om recidiverende melankolier, hvor de klimakterielle involutionsprocesser har haft den udløsende virkning paa det sidste anfald og givet det

den ejendommelige farve, der saa ofte findes ved disse psykoser. Men desuden hænder det, hvad bl. a. *Krafft-Ebing* har gjort opmærksom paa, og *Kraepelin* selv heller ikke nægter, at der i klimakteriet ikke sjældent opstaar typiske tilfælde af den periodiske sindssygdom med alle dennes ejendommeligheder baade i optrædelsesmaade, symptomatologi og forløb.

Naar man tager alle disse forhold i betragtning og navnlig erindrer, at den symptomatologiske tilstandsform, der skulde være karakteristisk for den klimakterielle melankoli, ogsaa findes tidligere i livet, saa forekommer det mig fuldtud berettiget, naar *Thalbitzer*[1]), der iøvrigt deler *Kraepelins* syn paa „afgrænsningen“ af denne lidelse, hævder, at der ikke er nogen grund til ikke ogsaa at optage den klimakterielle melankoli mellem de manio-depressive psykoser.

Indtager man derimod det standpunkt overfor den manio-depressive psykose, som jeg har udviklet for Dem, saa er det af praktiske grunde nødvendigt at give den klimakterielle melankoli en særstilling. Og motiveringen hertil søger jeg i, at prognosen for disse melankolier er langt daarligere end for den simple melankoli i den yngre alder. Den er daarligere, dels hvad helbredelse angaar, fordi saa mange af disse patienter, selv om depressionen bliver mindre dyb og vrangforestillingerne og uroen og angsten stiller af, gaar over i en kronisk depressionstilstand, ofte ledsaget af mer eller mindre hypokondert farvede vrangforestillinger og let demens, dels fordi et ikke ringe antal af disse patienter dør. Jeg mener derfor, at naar De i klimakteriet træffer paa en melankoli, og denne ikke viser sig med de særegenheder, jeg har anført som karakteristiske for den periodiske psykose, saa skal De ganske uafhængig af, om det er første anfald, eller der maaske

[1]) Den manio-depressive psykose. Kbh. 1902 og Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XXII.

tidligere i patientens liv har vist sig et enkelt eller et par anfald af simpel melankoli, være ganske anderledes varsom i Deres prognose, end hvis De staar overfor en simpel melankoli i den unge alder.

Jeg er gaaet saa forholdsvis dybt ind paa min opfattelse af spørgsmaalet om den manio-depressive psykoses stilling indenfor psykiatrien, fordi hele dette spørgsmaal har en saa overordentlig stor praktisk betydning. Det store flertal af de psykoser, De som praktiserende læger faar at gøre med, hører ind under denne gruppe. Jeg har derfor anset det for min pligt at forsøge paa at give Dem nogle holdepunkter ved orienteringen i denne store provins indenfor psykiatrien.

Det kan jo ikke nægtes, at Heidelbergerskolen ved at give dementia præcox og den manio-depressive psykose de vide rammer, som den har gjort, paa en i øjne faldende maade har simplificeret den psykiatriske systematik, den har det i den grad, at i de store flertal af ikke symptomatiske psykoser, stiller spørgsmaalet sig gerne saaledes: drejer det sig om den ene eller den anden af disse to sygdomsenheder. Men medens man for dementia præcox vedkommende samtidig med at stille diagnosen ogsaa fastslog en i alt fald sandsynlig prognose, idet de 90 % af disse patienter havner i demens og over 60 % endog i de dybeste grader, saa er forholdet et ganske andet ved den manio-depressive psykose. Med de rummelige rammer, som *Kraepelin* har givet den, findes der nemlig samlet i den saavel tilfælde med udmærket prognose som tilfælde med meget slet prognose. Og derfor vil jeg raade Dem til at fastholde de skillelinjer, der markerer grænsen imellem de simple og recidiverende stemningspsykoser paa den ene side og den periodiske sindssygdom og klimakterielle melankoli paa den anden.

Den 38aarige kone, jeg nu skal gaa over til at demonstrere for Dem, har ligget her paa afdelingen fire gange i løbet af det sidste halve aar, og hver gang har hun frembudt det samme sygdomsbillede, og hver gang er der hen imod slutningen af opholdet herinde sket den samme bratte forandring i hendes tilstand. Hvad anamnesen angaar, saa har vi faaet oplyst, at hendes fader skal have været tungsindig, men iøvrigt findes der ingen disposition til sindssygdom i hendes familje. Hun har en broder, som ved egen dygtighed skal have tjent sig op til en betydelig velstand, og hun har en søn paa en halv snes aar, som skal være et ualmindelig godt hoved, og som maler og tegner og skriver komedier, hvad der jo for en arbejdsmands søn maa forekomme paafaldende. Jeg gør opmærksom paa dette forhold, dels fordi *Fr. Lange* i sin bog: slægter, har hævdet, at den uratiske degeneration, som et udtryk for hvilken han opfatter de periodiske depressioner, danner det organiske grundlag for en stor del kunstneriske begavelser, men dels gør jeg opmærksom paa det, fordi et eksempel, som det, jeg her kan fremføre for Dem, hører til de store sjældenheder i det klientel, vi som regel har at gøre med her paa afdelingen. Det er heller aldrig lykkedes mig paa polikliniken, hvor der i aarets løb kommer et meget betydeligt antal periodiske depressioner, og hvor jeg har gjort mig til regel at spørge patienterne nøje ud med hensyn til disse forhold, at konstatere tilfælde af kunstnerisk begavelse i disse patienters familje. Hvad forholdet mellem den psykopatiske og uratiske degeneration iøvrigt angaar, kan jeg henvise til min anmeldelse af *Langes* bog[1]). Kun skal jeg tilføje, at jeg hos tre patienter med typisk periodisk depression har gjort aareladning og udtømt 200 kb.ctm. blod, af hvilket hospitalets kemiske assistent dr. *Chrom* har gjort en kvantitativ bestemmelse af urinsyren uden at finde mængden afvigende fra det normale, og at en samtidig foretagen undersøgelse af urinen har givet samme negative resultat.

---

[1]) Bibl. for læger. Juli 1904. p. 559 o. f.

Patienten har selv meddelt os, at hun lige fra sin tidligste ungdom har tilbragt sit liv svingende imellem perioder, hvor hun var livlig, stærkt optaget, hvor alt gik let fra haanden, og andre, hvor hun følte sig tungsindig, intet kunde overkomme og ethvert arbejde syntes som en byrde. Hun mener, at disse sidste perioder har været stærkest udtalt under de syv graviditeter, hun har gennemgaaet, og den første indlæggelse her paa afdelingen skete ogsaa 8 dage efter en partus. Hun har forøvrigt for 9 aar siden ligget paa Amtssygehuset og var den gang efter sit eget sigende „ganske forstyrret“, og for $1^1/_2$ aar siden har hun ligget her paa afdelingen under diagnosen depressio mentis.

De ser nu, hvorledes hun sidder let sammensunken i stolen, med dybe tværfurer i panden og et deprimeret udtryk og taarer i øjnene. Og De hører, at hun med lav, hviskende stemme fremfører sine klager over, hvor umuligt det var for hende at passe huset, hvor store anstrængelser det kostede hende at udføre selv det simpleste arbejde, hvor „umulig“ hun selv er, og hvorledes hun ikke synes „det er værd at leve“. At denne sidste yttring ikke er en tom talemaade, har hun vist ved, at hun umiddelbart før en af indlæggelserne har gjort et alvorligt strangulationsforsøg, en handling, som hun nu bebrejder sig paa det heftigste. Den *psykomotoriske hemning,* der præger hele hendes væsen, giver sig ogsaa udtryk paa afdelingen; hun ligger den meste del af dagen i sengen, og naar hun er oppe, sidder hun gærne paa en stol uden at tage sige noget for „fordi hun ikke kan“. Hjemme vaagnede hun hver morgen med et tryk over sig, hun gruede for den dag, der skulde komme, og kunde ikke tænke sig, hvorledes hun skulde faa udført alle de pligter, der hvilede paa hende. Hun havde mest lyst til at blive liggende i sin seng uden at røre sig og uden at tale. Og i hver handling, hun foretager sig, i hver bevægelse hun gør, kan man tydelig

spore den overvindelse, den modstand, der maa besejres ikke blot for at faa handlingen i gang, men ogsaa for at holde den ved lige og bringe den til fuldendelse. Hos nogle patienter stiger denne hemning til en fuldstændig *stupor*, under hvilken patientens opfattelse af omverdenen kan være i høj grad forstyrret. Den psykiske hemning er saa udtalt, at de indtryk, der tilføres patienten, ingen forestillinger vækker, og de erindringsbilleder, der skulde fremkalde genkendelsen af indtrykkene, er saa taagede eller fragmentariske, at der intet tydeligt billede opstaar. Derfor forholder disse patienter sig ofte ganske uforstaaende og usikkre overfor omverdenen, hvad der yderligere forøger deres tøvende hemning og ofte forleder til at anbringe dem under forvirringens sygdomsenhed.

Hendes *stemning* er tydelig deprimeret, ofte træffes hun grædende, hun begriber ikke, hvorledes hun skal kunne klare sig i fremtiden, der ligger for hende i det sorteste lys, hun er „ked af det hele“, ængstelig for, hvordan det skal gaa manden og børnene, som hun mener at have forsømt. Af og til har hun klaget over en uforklarlig angst, hun har fornemmelsen af, at der vil ske en ulykke, men er ikke i stand til at motivere sin ængstelse. Hun føler det, som om halsen snøredes sammen paa hende, og noget trykkede hende for brystet, hun faar saa hjærtebanken, er overbevist om, at der maa hænde hende selv eller hendes kære noget frygteligt. Denne pinefulde forventningsaffekt, ledsaget af prækordialangst er jo et overordentlig hyppigt fænomen ved melankolien, og hos adskillige patienter er det saa udtalt, at det bryder den psykomotoriske hemning, saa at de stadig maa skifte plads eller staar smaaklynkende og tripper paa gulvet eller klamrer sig fast til en og trygler en om ikke at gaa, da ulykken saa sikkert kommer over dem. Imidlertid dukker der af og til en noget anden stemning op hos vor patient, idet hun et par gange har vist sig vredladen overfor de andre patienter og let kvæ-

rulende, hvad maden og den behandling, hun har faaet, angaar.

Paa *forestillingslivets* omraade er det mest i øjne faldende træk den monotoni, der præger det. Det er med en utrættelig ensformighed, at hun, hver gang man ser hende, gentager den samme lille kæde af tankeforbindelser, gentager forsikringen om, at havde hun blot ikke gjort det selvmordsforsøg, og var hun blot kommet her ind to dage før, saa vilde al ting have været anderledes, gentager bekymringerne og ængstelsen for sin egen og sin familjes fremtid. Derimod findes ingen egentlige vrangforestillinger. Hendes paastand om, at hun ikke har sørget godt nok for manden og børnene, kan nemlig ikke opfattes som saadan, da det jo er højst rimeligt, at hun paa grund af sin depression virkelig ikke har kunnet gøre det. Men De vil hos vor patient intet finde til de forsyndelsesideer, der ellers saa ofte optræder ved melankolien, og som faar patienten til at gennemforske deres fortid og grave store og smaa synder op, som de saa bruger som materiale til at motivere deres opfattelse af dem selv som de største syndere og forbrydere og gudsfornægtere, der nogen sinde har levet paa jorden. Heller ikke de vrangforestillinger, der gærne er knyttet til den ængstelige forventningsaffekt, og som faar patienten til at foregøgle sig alle de lidelser og pinsler, der venter dem i fremtiden, findes hos vor patient. Hallucinationer har hun heller ikke haft.

Som De hører, er hendes *orienteringsevne* fuldstændig vel bevaret. Hun har i enhver henseende rede baade paa opholdsstedet og de personer, der omgiver hende, hendes tidsangivelser er korrekte, og hendes hukommelse god.

Hvis De alene tager hensyn til den rent symptomatologiske tilstand, hvori patienten befinder sig, saa er denne kendetegnet ved en psykomotorisk hemning, der præger sig tydelig baade i udtryk og lader, baade i tale og forestillingsindhold, og desuden ved en nedtrykt sindsstemning,

der — som en anden af mine patienter udtrykte det — gør „livet til en stor, graa klat“, en enstonig, farveløs tungsindighed, der aldrig synes at skulle faa ende. Hertil slutter sig saa nogen ængstelse med prækordialtryk og forventningsaffekt, men hverken vrangforestillinger eller hallucinationer. Det drejer sig med andre ord om den form for depression, der i gamle dage gik under navnet *melancolia sine delirio,* og som jeg før sagde Dem, er det netop den form, hvorunder depressionen i den periodiske psykose oftest optræder. Og hvis De faar lejlighed til at følge patienten, medens hun er her paa afdelingen, saa vil De faa yderligere holdepunkter for denne diagnoses rigtighed. Det har nemlig hver gang, hun har været her inde, vist sig, at naar depressionen har varet et par uger, *slaar tilstanden ret pludselig om.* Hun bliver talende og virksom, er flink til at hjælpe paa afdelingen, er ikke ledig et øjeblik, samtidig begynder der at opstaa en let forhøjet selvfølelse, hun taler om, hvilken dygtig kone hun er, hvor udmærket hun passer sit hus, begynder at presse paa for at komme hjem, den sygdomsfølelse, der pinte hende før, er som blæst bort, hun fejler ikke noget mere. Samtidig bliver hun rap i sine svar og let kværulerende, blander sig ved stuegangen i samtalen med og undersøgelsen af de andre patienter, og hun, der nu ser ældet og udslidt ud, bliver ti aar yngre, faar glans i øjnene og farve i kinderne, der kommer turgor i huden og fart og præcision i hendes bevægelser. Man kan som regel mærke, naar denne lette eksaltation trækker op, idet man endnu, medens hemningen i bevægelserne er udtalt, ved at tale i nogen tid med hende mærker, hvorledes en vis flugt i tankegangen er ved at arbejde sig frem, hvorledes trykket i virkeligheden er ved at lette, og hun begynder at føle sig rask.

Naar De sammenholder alt dette med de anamnestiske oplysninger, De har faaet, kan der jo ikke være tvivl om, at vi staar overfor den alternerende psykose. I dette til-

fælde er det depressionsfasen, der er den mest markerede, og som navnlig paa grund af de suicidale tendenser, patienten nu og da har vist, kræver hospitalsbehandling, hvorimod hun i den eksalterede periode betragter sig selv som rask. Jeg anser det dog for i høj grad sandsynligt, at hun, da hun laa paa Amtssygehuset, har haft en stærkere eksaltation. Hun erklærer selv, at hun den gang ikke følte sig ulykkelig, men kun var forstyrret i hovedet, saa at eksaltationen denne ene gang har været forenet med en saa stor inkohærens, at hun ikke kunde være hjemme. Men den slags afvigelser i et iøvrigt regelmæssigt forløb er, som jeg allerede har sagt, ikke ualmindeligt for den periodiske psykoses forløb.

De ser, at de atributer, der særtegner den periodiske psykose, findes i udtalt skikkelse hos vor patient. Anfaldene *opstaar pludseligt,* og de forskellige faser *skifter pludseligt* med hinanden, *akmestadiet naas hurtigt* og *holder sig næsten uforandret i længere tid,* sygdomsbilledet er for den depressive fases vedkommende en *melancolia sine delirio,* og *eksaltationsstadiet* giver sig kun til kende ved let tankeflugt og forøget virke- og bevægelsestrang; der er et let *kværulerende anstrøg* over patienten i begge stadier, og anfaldene opstaar som regel *uden ydre foranledning* og *ligner i høj grad hinanden*[1]).

Den næste patient, jeg vil vise Dem, er ligeledes en kvinde. Hun er 57 aar. En kusine til patientens moder har talrige gange været patient her paa afdelingen lidende af en periodisk sindssygdom og er død paa St. Hans hospital. Selv skal patienten altid have været rask, af et livligt, men ligeligt temperament. Klimakteriet indtraadte for tolv aar siden uden at have givet anledning til psykiske forstyrrelser af nogen art. Hendes nuværende sygdom be-

---

1) Jeg har $1/2$ aar senere set patienten. Hun var da let eksalteret, men erklærede, at hun i mellemtiden havde været dygtig deprimeret og var da „lige paa nippet“ til igen at blive indlagt paa afdelingen.

gyndte 6—7 uger før indlæggelsen paa afdelingen, og efter mandens udsagn satte den ret akut ind uden det ofte langtrukne neurasteniforme indledningsstadium, der som regel findes ved den simple melankoli. Hun begyndte — ganske med urette — at nære bekymringer for udkommet, blev urolig, gik jamrende op og ned ad gulvet, var bange for, at hun skulde paa St. Hans hospital, tvang manden til at love hende og sværge paa, at det ikke skulde ske. Fem dage før indlæggelsen tømte hun resten af, hvad der var tilbage i en flaske med opiumsdraaber, hvad der dog ingen alvorlige følger havde. Men da hendes uro stadig steg, og da hun gav sig til at raabe saa højt, at det generede husbeboerne, blev hun indlagt her for omtrent en maaned siden.

Som patienten nu viser sig, danner hun tilsyneladende den fuldstændige modsætning til den forrige patient. Her er saa langt fra tale om nogen psykomotorisk hemning, at man tværtimod med fuld ret kan betegne patientens ydre væremaade som en *agitation*. Hun gaar op og ned ad gulvet, fægtende med armene, eller vridende hænderne, eller hun kaster sig paa en stol, skjuler ansigtet med armene og jamrer eller skriger højt. Og der er ikke antydning af noget tøvende eller modstandsovervindende ved hendes bevægelser, de foregaar med en hurtighed og utvungen præcision, der ligger forestillingen om hemning saa fjernt som muligt. Ogsaa paa afdelingen er hun næsten stadig i en hvileløs uro, springer ud af sengen og jager ind i spisestuen eller ud i badet eller traver jamrende op og ned i gangen. Ikke heller hvad talen angaar, er der nogen hemning. Hun taler næsten ustanselig. Snart paastaar hun, at politiet om et øjeblik vil komme for at sætte hende i „enecelle“, hun ved, at der vil blive gjort de skrækkeligste ting ved hende, og at hun vil havne paa St. Hans hospital eller vestre fængsel, snart taler hun om, at der staar mennesker udenfor med tunge lænker for at

binde hende, hun kan høre, hvorledes lænkerne rasler, hun har hørt, hvorledes skafottet, hvorpaa hun skal henrettes, er blevet rejst ude i gaarden; snart om, at hun skal brændes, eller sættes i et bur, der er saa lille, at „kun en kanariefugl kan være i det“. Og ind imellem tigger og beder hun en om beskyttelse og naade for alt det onde, der venter hende.

Som De ser, er det *angsten,* der ganske behersker hende, og til tider har den faaet endnu alvorligere udtryk, end De her har set. Af og til har vi truffet hende i sengen eller ude paa gangen, bleg, svedende og skælvende, ganske behersket og stakaandet af frygt. Hun klager ogsaa over det sædvanlige prækordialtryk, der altid ledsager denne affekt hos melankolikere. Til andre tider har hun lagt sig ned og dunket hovedet mod gulvet, saa at hun med magt maatte føres i seng, og De ser, hvorledes der om hendes hals findes en tydelig strangulationsfure, som hun forleden dag paadrog sig ved at snøre linningen fra sin uldtrøje om halsen, fordi hun hellere vilde dø end gennemgaa alle de lidelser, hun ved, vil komme. Hun er nu meget fortvivlet over, hvad hun har gjort, ved, hun er den „største synderinde“, og at der venter hende „det værste“.

Foruden disse *vrangforestillinger,* der paa det nøjeste hænger sammen med hendes angst og fortvivlelse, har der ogsaa, som det nu og da hænder ved melankolien, vist sig *vage paranoide ideer.* Hun har talt om det „komplot“, der er dannet for at pine hende, og forleden dag vilde hun ikke give haanden, fordi hun ikke vilde have noget med folk at gøre, der stod i forbindelse med „de folk“, der smeddede lænkerne til hende. At hun er hallucineret, fremgaar jo tydeligt nok af, hvad De har hørt hende fortælle, og hun har ogsaa paastaaet, at der var „nogen“ ude paa gangen, der raabte „selvmorderske“ efter hende.

Der er imidlertid et par ejendommeligheder ved vor patient, jeg vil gøre Dem opmærksom paa, fordi jeg mener,

de har betydning for diagnosen af tilfældet. De vil saaledes se, at der er en vis mulighed for i ganske kort tid at vende hendes tanker bort fra de forestillinger, der ellers er eneraadende i hendes bevidsthed. Spørger vi hende om, hvorledes hun staar sig med sin familje, saa afbryder hun pludselig med sine fortvivlede klager og fortæller — ganske vist paa en maade, der tydelig viser, at det er noget, hun i en fart maa se at blive færdig med — om, hvor afholdt og elsket hun er af sine nærmeste, for saa atter straks at vende tilbage til sine sorger og sin angst. Denne forestillingernes „*Ablenkbarkeit*“ — som *Kraepelin* kalder det — er ellers et symptom, der, ligesom den forøgede bevægelses- og taletrang, hører eksaltationen til.

Det er ogsaa en enkelt gang hændet, at hendes fortvivlelse er *slaaet om* til en mere løftet stemning, saaledes at hun med smilende ansigt har fortalt om alle de ulykker og pinsler, der ventede hende. Skønt forestillingsindholdet beholdt sin depressive farvning, var det, som hendes stemning for et øjeblik løste sig fra det for i en kort tid at følge sine egne veje.

Og endelig vil jeg meddele Dem, at der til tider kommer et *kværulerende* moment frem hos patienten. Da hun blev indlagt, var hun fuld af klager og beskyldninger mod den sygeplejerske, der havde passet hende, og ogsaa her paa afdelingen har hun nu og da beklaget sig over behandlingen og skældt personalet ud.

Hendes *orienteringsevne* er trods hendes vrangforestillinger og hallucinationer ganske uskadt. Som De hører, erkender hun omgivelserne paa fuldstændig korrekt maade, hun kender dato og aarstal, ved, hvornaar hun er indlagt, og kan ogsaa bringes til at foretage lettere regnestykker i hovedet, uden at det volder hende synderligt besvær.

Naar vi nu skal prøve paa at stille en diagnose paa denne patient, saa er det jo tydeligt nok, at hun paa den ene side frembyder tegn paa en angstfuld melankoli med

typiske vrangforestillinger, med hallucinationer og nedtrykt, til fortvivlelse grænsende sindsstemning, men paa den anden side er den for melankolien karakteristiske psykomotoriske hemning saa langt fra til stede, at den maa siges at være erstattet af en psykomotorisk uro. For de ældre forfattere, hvem fastsættelsen af det rent symptomatologiske sygdomsbillede var tilstrækkeligt, vilde diagnosen have været let nok og vilde have lydt paa *melancolia agitata.* Men dette er ikke tilstrækkeligt for os. Det forekommer mig — da der ikke foreligger noget til støtte for antagelsen af en recidiverende melankoli — at spørgsmaalet maa blive, drejer det sig om *klimakteriel melankoli* eller om *det første anfald i en periodisk sindssygdom,* der jo — som sagt — ikke sjældent først viser sig i klimakteriet?

Nu er det netop et særkende for den klimakterielle melankoli, at angsten spiller en saa overordentlig dominerende rolle i sygdomsbilledet, og den psykomotoriske hemning mangler eller er erstattet af en agitation. Det kunde derfor være fristende nok at slaa sig til ro med denne antagelse. Naar jeg imidlertid tror, at det vilde være forhastet at gøre det, saa ligger det i, dels at psykosens begyndelse taler her imod, idet den klimakterielle melankoli næsten altid har et meget langt forløberstadium, hvorimod vor patients sygdom er begyndt akut, dels deri, at baade hendes „Ablenkbarkeit“, den skiftende stemning og det kværulerende i hendes væremaade, er symptomer, der er sjældne ved den klimakterielle melankoli, men derimod meget ofte findes ved den periodiske sindssygdom. Det vil være af interesse at se, hvorledes sygdommen videre udvikler sig, og navnlig om en eventuel helbredelse optræder nogenlunde rapidt, hvad der jo yderligere vilde støtte vor diagnose. Jeg mener altsaa, at det er berettiget at stille en relativ god prognose for dette anfald, men jeg er bange for, at det senere i patientens liv vil gentage sig enten i samme skikkelse eller under billedet af en mani. Og hvad

der gør antagelsen af et anfald af periodisk sindssygdom endnu mere sandsynligt, er, at der, som *Kraepelin, Weygandt* og her hjemme *Thalbitzer* har vist, findes blandingsformer af den manio-depressive psykose, hvor komponenter saavel fra den eksalterede som deprimerede fase findes samtidig. Den ene af disse, som *Thalbitzer* har døbt med navnet melancolia agitata productiva, er netop karakteriseret ved de depressive vrangforestillinger, den fortvivlede, nedtrykte sindsstemning, kombineret med en stadig psykomotorisk uro og en større eller mindre grad af „Ablenkbarkeit“ [1]).

Inden jeg slutter, vil jeg endnu sige Dem et par ord om melankoliens *behandling*. Det er med rette, at melankolikere anses for at være de farligste patienter af alle, naar det drejer sig om *selvmord*. Og De skal ikke lade Dem vildlede af den populære overbevisning, at de mennesker, der taler om at tage livet af sig, aldrig gør det. Selv ved lette depressioner kan der pludselig opstaa øjeblikke, hvor fortvivlelsen i den grad overmander dem, at de gør alvor af deres trusel. Til en vis grad er akmestadiet af en melankoli endda som regel ikke det farligste, fordi den psykomotoriske hemning, der karakteriserer dette tidspunkt, den viljesslappelse, der behersker patienten, ofte gør det umuligt for ham at faa handlingen udført. Men i sygdommens initialstadie, hvor patienten selv har en udtalt følelse af, at en alvorlig sygdom nærmer sig, eller i rekonvalescensen, hvor depressionen endnu tidevis kan vende tilbage med hele sin gamle styrke, men hvor hemningen er mindre udtalt, kan faren for selvmord ofte være stor. Det eneste selvmord, der i mange aar er forefaldet paa kvindesiden her paa afdelingen, var en ældre

---

1) Patienten blev udskrevet her fra afdelingen i samme tilstand som ved demonstrationen. To maaneder senere maatte hun flyttes til St. Hans hospital, hvor hun efter 8 maaneders forløb „maatte anses for ret flink. Men det var gennem flere svingninger, helbredelsen (?) indtraadte.“

dame, der paa selve udskrivningsdagen benyttede den mangel paa aarvaagenhed og den sorgløshed, som hendes tilsyneladende helbredelse havde indgivet omgivelserne, til at hænge sig. Og da melankolikere jo ofte har en udpræget evne til at skjule deres vrangforestillinger, og hvis de gaar med suicidale tanker, ofte i uger og maaneder med sej udholdenhed kan lure paa det rette øjeblik til at udføre deres forsæt, saa vil De forstaa, hvor omsorgsfuld og vagtsom man maa være overfor disse patienter. Og jo ældre melankolikere er, desto farligere er de. Der er ingen tvivl om, at de klimakterielle og navnlig de senile melankolikere langt hyppigere begaar selvmord end patienter i en yngre alder.

Alene af denne grund skal De være forsigtig med at behandle selv lette melankolier ambulant, og De skal heller ikke forsøge paa at behandle dem i hjemmet. Selv om forholdene er saadan, at der kan skaffes det nødvendige opsyn med patienten, saa kræves der som regel et sted, hvor den fare, der truer, er gaaet personalet i den grad i blodet, at ingen mulighed for selvmord lades aaben, og alle de hundreder af hensyn og forsigtighedsregler, som kræves hertil, er sket fyldest. Og alt dette kan kun paa betryggende maade skaffes til veje paa en *hospitalsafdeling,* hvor hele husordenen er indrettet med disse forhold for øje.

Men desuden kræver de fleste melankolier *sengebehandling,* hvad der som regel i høj grad virker beroligende, ligesom ogsaa fjærnelsen fra de vante omgivelser ofte er ganske nødvendig.

I medikamentel henseende har *opiumsbehandlingen* et gammelt ry for at virke dæmpende paa ulykkefølelsen og ængstelsen, der er de mest pinlige symptomer ved melankolien, og i et stort antal tilfælde hjælper det ogsaa udmærket. Hvad grunden er til, at midlet i enkelte tilfælde svigter, har det ikke været mig muligt at udfinde. I nogle af dem har jeg ved at give store doser bromsalte — hvad

navnlig *Krafft-Ebing* har anbefalet — opnaaet gode resultater, i andre og navnlig i de, hvor angsten var stærkt udtalt, har jeg givet codein — $1^1/_2$—2 ctgr., 3 gange daglig — med god nytte.

Endelig maa De med den mest pinlige omhu sørge for, at Deres patienter faar tilstrækkelig *mad.* Deres appetit er ofte lig nul, dels paa grund af den almindelige trægħed, hvormed alle deres organer fungerer, dels paa grund af deres hemning, af og til ogsaa paa grund af deres vrangforestillinger; de fortjener ikke maden, kan ikke betale den, eller mener, de ikke kan fordøje den. Der skal stor taalmodighed og megen opfindsomhed til for at faa melankolikere til at spise, men ogsaa her gør det trænede personale paa en hospitalsservice og den disciplin og regelmæssighed i husordenen, som dér hersker, ofte underværker. Og jeg vil raade Dem fra at lade Dem forlede af vor tids asketiske tilbøjeligheder i ernæringsspørgsmaalet til at unddrage Deres melankolikere æggehvideholdige næringsmidler. Æg, kraftbouillon, albuminmaltose og mælk givet i smaa portioner, men hyppigt i dagens løb, skal være Deres løsen. Og støder det paa uoverstigelige vanskeligheder at give patienten den nødvendige mængde, skal De ikke vente for længe med at sondemade ham.

Et symptom, der ofte volder vanskeligheder ved behandlingen af melankolikere, er deres *søvnløshed.* Efter mine erfaringer virker veronal bedst, navnlig, naar der samtidig gives opiater. Jeg er efterhaanden kommet til den overbevisning, at disse to midler paa fortrinlig maade supplerer hinandens virkninger, og jeg har det indtryk, at den depression, der ved melankolikere er saa udtalt om morgenen, er langt mindre, naar der den foregaaende aften er givet veronal.

DEN MANIO-DEPRESSIVE PSYKOSE
(EKSALTATIONEN).

MINE damer og herrer! Jeg viste Dem forrige gang en patient, i hvis psykose der fandtes symptomer, der skrev sig saavel fra melankolien, for saa vidt som hendes stemnings- og forestillingsliv gav sig tydeligt depressivt udtryk, som fra manien, for saa vidt som hun var behersket af en stadig psykomotorisk uro, baade hvad bevægelser og tale angik. Men medens hos denne patient elementer fra begge psykopatologiske tilstandsformer holdt sig under hele sygdommens forløb og paa det nøjeste var knyttet sammen, skal jeg i dag begynde med at vise Dem en anden patient, hvor forbindelsen er langt mindre intim, mere tilfældig og sikkert har en ganske anden betydning end hos den førstnævnte.

Den 16aarige unge pige, De her ser, har ligget paa afdelingen to gange tidligere. Første gang havde hun en udtalt depression med stærk psykomotorisk hemning, depressiv stemning og udtalte forsyndelsesideer; anden gang havde hun en middelstærk eksaltation med bevægelsestrang, løftet stemning, tydelig tankeflugt og forhøjet selvfølelse.

Som De ser, er hun nu i en næsten stadig bevægelse. Snart sidder hun op i sengen, snart lægger hun sig ned og skjuler sig under tæpperne, og naar hun bliver i sengen, er det sikkert kun, fordi Deres tilstedeværelse lægger

en vis dæmper paa hende. Paa afdelingen tilbringer hun en stor del af døgnet paa gulvet, draperet i et sengetæppe, og dér ligesom nu snakker hun næsten ustanselig og ledsager sin tale med store understregende armbevægelser og livlig mimik. Hvis man kun saa hendes bevægelser og hendes mimik og hørte den latter, som hun ofte bryder ud i, vilde man ikke være i tvivl om, at man stod overfor en mani, saa meget mindre som hendes glansfulde øjne, kongestionen til kinderne og den forøgede turgor vilde bestyrke denne antagelse. Men i den grelleste modsætning til disse eksaltationens attributer, staar det forestillingsindhold, der kommer til orde i hendes tale. Den drejer sig næsten udelukkende om død og tilintetgørelse. De hører, hvorledes hun med smilende ansigt foreslaar én at dø sammen med hende; hvorledes hun ønsker, at hendes fader havde pryglet hende ihjel, saa at hun kunde være sluppet for al den sorg og elendighed, der venter hende, hvorledes hun stadig vender tilbage til, at hun helst „vil af med livet“; for „naar det er saadan i ungdommen, hvordan skal det saa blive i alderdommen“. Hun vil helst straks flyttes til St. Hans hospital eller Ebberødgaard, hvor hun dog vil komme til sidst. Under alt dette er hendes stemning stadig skiftende, snart smiler og ler hun, medens hun meddeler alt det sørgelige, der optager hende, snart græder hun, snart ligesom harcelerer hun over sig selv, eller giver sig til at beklage sig over den behandling, hun har været udsat for baade i de pladser, hvor hun har tjent og her paa hospitalet. Hendes orienteringsevne og opfattelse af omgivelserne er korrekt, hun er ikke hallucineret, og der findes hos hende ingen af de symptomer, der plejer at ledsage en dementia præcox.

Naar man sammenholder anamnesen med det sygdomsbillede, patienten nu frembyder, kan der ikke være tvivl om, at det drejer sig om en fase i den periodiske sindssygdom. Men medens patienten de to gange, hun tidligere

har ligget her paa afdelingen, frembød billedet den første gang af en melankoli, den anden af en mani, saa findes der denne gang momenter, hentede fra begge disse psykoser. Vi staar med andre ord overfor en af de *blandingsformer* indenfor den manio-depressive psykose, som *Kraepelin* og *Weygandt*[1]) og her hjemme *Thalbitzer*[2]) har beskæftiget sig med.

Hvis man ved bedømmelsen af den psykopatologiske tilstandsform, som patienten frembyder, tager hensyn baade til forstyrrelserne paa stemningslivets, det psykomotoriske og forestillingslivets omraade, en trefoldighed, som *Weygandt* har døbt med navnet *den manio-depressive triade,* saa vil man kunne tænke sig en ret anselig række blandingsformer. Den nedtrykte sindsstemning og hemningen paa forestillingslivets og det psykomotoriske omraade, der karakteriserer depressionen, vil enten enkeltvis eller to og to kunne indgaa som led i en psykose, hvor den løftede sindsstemning, den motoriske uro og tankeflugten, der karakteriserer eksaltationen, danner den eller de manglende komponenter i triaden. *Weygandt* opstillede tre blandingsformer: den maniske stupor, den agiterede melankoli og den uproduktive mani; til disse har *Thalbitzer* føjet to andre, og *Kraepelin* har i den sidste udgave af sin psykiatri angivet seks forskellige blandingsformer, men hermed er kombinationernes mulighed jo langt fra udtømt.

Jeg maa indrømme at have lidt svært ved at se fordelene ved denne pulverisering af de enkelte faser i den manio-depressive psykose. Det forekommer mig ikke, at den hjælper os til en klarere forstaaelse af de psykopatologiske processer, der betinger psykosen, og ikke heller til nogen skarpere afgrænsning af de symptomatologiske sygdomsbilleder indbyrdes.

Det er sandt nok, at der findes tilfælde af agiteret

1) Über die Mischzustände des manio-depressiven Irreseins. 1899.
2) Den manio-depressive psykose. Kbh. 1902.

melankoli, eller hvis man foretrækker det, af „depressive Erregung“ eller melancolia agitata productiva, men det har man vidst længe, før blandingsformerne blev opdaget, og blandt andre har *Mendel* i sin monografi over manien givet en fortrinlig beskrivelse af den og hævdet dens plads imellem melankolierne. Det er ogsaa sandt, at der findes sjældne tilfælde af manisk stupor, hvor patienten i sit ydre bærer præget af den mest udtalte psykomotoriske hemning, men hvor man af de enkelte handlinger, de foretager, og yttringer, de kommer med, kan slutte sig til en løftet sindsstemning. Naar jeg kalder denne form for sjælden, saa slutter jeg det af, at *Thalbitzer* i det store materiale, der stod til hans raadighed, ikke har kunnet finde et eneste tilfælde, og at jeg selv kun en gang har set en patient, som jeg mente, det var berettiget at henføre til denne kategori, og jeg er endda ikke ganske sikker paa, at det ikke drejede sig om en dementia præcox, der var nemlig baade katalepsi og udtalte impulsive tilbøjeligheder til stede. Men for det store flertal af blandingsformernes vedkommende drejer det sig i virkeligheden slet ikke om faser i den periodiske psykose, men derimod om episoder i den maniske eller depressive fase, episoder, der er blottet for enhver selvstændig klinisk berettigelse, idet de enten betegner, at patienten er ved at svinge fra en fase over i en anden, eller ogsaa kun er en akcentuation af den skiften i stemning, som saa overordentlig hyppigt forefalder indenfor den enkelte fase i den periodiske sindssygdom, og som undertiden kun varer timer eller dage. Hvis De lægger for megen vægt paa den art symptomatologiske petitesser, saa vil De den ene gang efter den anden i forløbet af en periodisk psykose selv indenfor den samme fase komme til at forandre Deres diagnose, og i adskillige tilfælde vil det være ganske umuligt for Dem at afgøre, hvor De skal lægge eftertrykket, om De skal kalde patientens tilstand en depression og føje adjektivet productiva til, eller om

De skal betegne den som mani og føje adjektivet depressiva til.

De manio-depressive blandingsformer siger derfor i det store flertal af tilfældene ikke andet, end at de tre komponenter af den manio-depressive triade ikke altid følges ad, at stemningslivet f. eks. kan holde sig deprimeret, medens hemningen paa det psykomotoriske omraade og forestillingslivet kan hæves enten for en kortere tid eller ogsaa som udtryk for en begyndende forandring i patientens tilstand.

Der er endnu et forhold, jeg vil gøre Dem opmærksom paa, og det er, at indførelsen af adjektivet improductiva for en stor del af manierne er ganske værdiløs, hvis man tager forestillingslivets virksomhed med i betragtning. Uproduktiviteten er nemlig et meget hyppigt fænomen ved manierne, selv om de iøvrigt, hvad stemningslivet og den psykomotoriske sfære angaar, er klassiske. Det er paafaldende at se, hvor lille det repertoire mange af disse patienter, hvis psykose er bygget over „flugtens“ radikal, frembyder, hvor monoton og indsnævret deres forestillingskreds i virkeligheden er, og hvor vanskeligt de har ved uden impulser udefra at komme bort fra de faatallige tankeforbindelser, der stadig vender tilbage i deres bevidsthed.

Disse blandings*episoder,* som jeg vil foretrække at kalde dem, har, forekommer det mig, kun praktisk betydning i tre retninger. For det første angiver de som regel, at man staar overfor en fase i den periodiske sindssygdom og ikke overfor en simpel melankoli eller mani; for det andet betegner de meget ofte, navnlig naar de holder sig i længere tid, at psykosen er ved at svinge over i en anden fase eller er i færd med at helbredes; og for det tredje skal de belære Dem om, at selv manierne kan være farlige i retning af suicidium, idet der pludselig kan optræde kortvarige depressive episoder, under hvilke patienten kan gøre alvorlige selvmordsforsøg. De eneste tilfælde, hvor

det forekommer mig berettiget at tale om selvstændige blandings*former*, er de, hvor psykosen under hele sit forløb er bygget over den samme kombination af faktorer, hentet dels fra manien, dels fra melankolien.

Hvad vor patient angaar, saa er hendes stemnings- og forestillingsliv væsentlig præget af depressionen, hvorimod den psykomotoriske uro bærer eksaltationens præg. Jeg tror, hun er paa overgangen mellem to faser i en periodisk psykose, men til hvilken af siderne hun vil svinge, er det sikkert umuligt at afgøre[1]).

Den næste patient, jeg vil vise Dem, er denne 21aarige telefonarbejder, om hvis fader vi har faaet oplyst, at han skal have frembudt lignende psykiske forstyrrelser som patienten, og hvis moder er nervøs, nu og da deprimeret, saaledes at der altsaa hos begge hans forældre har vist sig tilbøjelighed til forstyrrelser paa stemningslivets omraade. Efter moderens sigende skal patienten altid have været en dygtig og paapasselig ung mand og først otte dage før indlæggelsen her have frembudt tydelige psykiske forstyrrelser. Hvor ringe en betydning man kan tillægge saadanne oplysninger fra familjens side, fremgaar deraf, at telefonselskabet har meddelt os, at han i flere aar og navnlig i det sidste har været ustadig og stundesløs i sit arbejde, og at han i de sidste maaneder har været ganske umulig til stillesiddende arbejde paa grund af den uro og hvileløshed, der har været over ham, ligesom ogsaa selskabet i det hele anser ham for en mindre flink arbejder. Disse anamnestiske oplysninger sammenholdt med den hereditære disposition berettiger os til at antage, at vi her staar overfor en patient med et fra fødslen vulnerabelt centralnervesystem.

---

[1]) I løbet af en halv snes dage udviklede der sig en typisk eksaltation. Hun blev overflyttet til St. Hans hospital, hvor „hun svingede stærkt og pludseligt mellem mani og depression i de første maaneder. Samtidig med, at menses indtraadte, kom der mere ligevægt, og efter to maaneders remission blev hun udskrevet“.

Baade han selv og hans familje paastaar imidlertid, at han har været rask til otte dage før indlæggelsen. Han begyndte da at strejfe om paa gader og stræder, kom først hjem langt ud paa natten efter at have besøgt forskellige beværtninger, han sov daarligt, blev meget talende og var, da han indkom her, i betydelig grad opstemt.

Jeg skal nu lade patienten komme her ind et øjeblik, for at De kan faa et indtryk af den tilstand, hvori han befinder sig. Naar jeg ikke vil beholde ham længere tid her inde, ligger det i, at jeg er bange for, at den relative ro, der er kommet over ham i de senere dage, skal blive brudt, naar han bliver udsat for for mange nye indtryk og for megen opmærksomhed. De ser, hvorledes der er en betydelig *motorisk uro* over ham, hvorledes den beherskelse, han aabenbart tilkæmpede sig ved sin indtrædelse. og som fik ham til at gøre en høflig kompliment for Dem, hurtig er veget og erstattet af en trang til bevægelse, der stadig tvinger ham til at skifte stilling og stundesløs vandre frem og tilbage. De vil ogsaa lægge mærke til den livlige mimik, der stadig ledsager hans tale, til den agtpaagivenhed, hvormed han fikserer omgivelserne og lægger mærke til, hvad der foregaar, han ligger stadig ligesom paa spring for at kaste sig over et ord eller en opgave, for derved at finde afløb for sin virksomhedstrang. Hans bevægelser er præcise, trods deres stadige skiften præget af en vis harmoni, der er intet maniereret eller paataget over dem; bortset fra deres evige vekslen, den hurtighed og rastløshed, hvormed de foregaar, er der i og for sig intet, der gør dem afvigende fra normale menneskers bevægelser.

De har sikkert faaet indtrykket af, at De her staar overfor den psyko-motoriske hemnings modsætning. Den gnidningsmodstand, der under normale forhold repræsenteres af den vejende og hemmende kritik og den vragende vurdering af motiverne, er ganske borte, enhver bevægel-

sesimpuls omsættes hensynsløst i handling, og da impulserne stadig skifter, og da det ofte hænder, at han næppe har fuldført én handling, før trangen til en ny allerede er dukket op i bevidstheden, saa kommer der noget brudstykkeagtigt og tilfældigt i hele hans opførsel. Hans dag falder paa denne maade i stumper og stykker, fordi der intet ledende princip, intet bestemt maal findes for hans handlinger, enhver forestilling, enhver stemning har samme værdi for ham, og udløser med samme lethed et psykomotorisk udslag, uden at han skænker endemaalet for eller følgerne af sine handlinger en tanke.

Spørger man ham om, hvorfor han ikke kan være rolig, saa erklærer han, at det er, fordi han „er saa stærk", han „har nerver af staal", han kan „ikke taale denne indespærring i et fængsel", „det er ikke noget for et raskt menneske". Imidlertid gav han forleden dag en noget mere drastisk, men, billedlig set, sikkert langt korrektere motivering af sin motoriske uro, idet han erklærede, at han vilde have sine bukser og ikke kunde ligge længere i sengen, fordi han „havde kløpulver i halen", han maatte op og „movere sig, eksercere, voltigere", hvilket sidste han ogsaa gjorde, idet han gav sig til at springe over sengene.

Den samme løshed, den samme overfladiskhed, den samme mangel paa konsekvens og den samme blinde given sig hen i enhver opdukkende psykomotorisk impuls, som vi fandt i patientens handlinger, gør sig ogsaa gældende i hans *tale*. De har set, hvor vanskeligt det er at stoppe munden paa ham, hvorledes han trods sine ihærdige bestræbelser, og skønt han lægger pegefingren paa munden for at tvinge sig selv til at følge min opfordring til ham om at tie stille, dog hvert øjeblik ikke kan dy sig for at blande sig i samtalen. Snart er det mere eller mindre vittige apropos, han indskyder, snart gentager han et ord eller rimer paa et andet. Paa afdelingen er dette endnu

mere fremtrædende, da han der intet som helst baand lægger paa sig. Han taler næsten uafbrudt hele dagen igennem og ofte natten med. Men stadig er de associationer, der knytter de enkelte forestillinger sammen, ganske løse og tilfældige, og der findes, hvad f. eks. *Aschaffenburg*[1]) og *Levison*[2]) har vist ved deres associationsforsøg over maniske eksaltationer, en ganske overvældende tilbøjelighed til at danne klangassociationer. Medens det hos normale mennesker er forestillingernes indhold og logiske samhørighed, der knytter de forskellige forestillingsrækker til hinanden, saa er det hos den eksalterede ganske tilfældige ydre ligheder imellem forestillingerne eller de tilsvarende lydbilleder, der er afgørende for de associationer, der slaas ind paa. Og det er derfor ikke sjældent, at man hos saadanne patienter efter et par minutters forløb finder dem milevidt borte fra deres oprindelige udgangspunkt, og ofte vil det være ganske umuligt at følge end sige reproducere de associationernes veje, som patienten har fulgt, saa meget mindre, som han mange gange i sin ivrighed springer mellemledene over eller underforstaar dem. Disse patienters taletrang er derfor ingenlunde udtryk for en særlig stor tankerigdom, men kun for den uimodstaaelighed, hvormed enhver forestilling, der dukker op i bevidstheden, ganske uafhængig af dens værdi eller forbindelse med andre forestillinger omsættes i ord.

Hvad patientens *stemning* angaar, saa er den som regel løftet, hvad der har givet sig ret støjende udslag i hans syngen og leen. De hørte selv, hvorledes han gav den følelse af kraft og sundhed, han føler, udtryk, og det vil derfor ikke forbavse Dem, at han fuldstændig mangler sygdomserkendelse, og betragter sin indlæggelse her som en ganske uretfærdig frihedsberøvelse. Han har ogsaa flere gange været opfarende og utaalmodig, energisk forlangt at

1) *Kraepelin:* Psychologische Arbeiten. Bd. I, II og IV.

2) Bibliotek for Læger. Juli 1906.

blive skrevet ud, og en enkelt dag har han været grædende, fordi han ikke vidste „hvor han skulde faa penge fra til at betale med“.

Hans løftede sindsstemning viser sig ogsaa i den *forhøjede selvfølelse,* der præger hans hele optræden. De ser, at han har dekoreret sit frakkeopslag, og spørger man ham om, hvorfor, svarer han, at han „er blevet æresmedlem af dansk sygeplejeraad m. m.“, en formodning, der under de for haanden værende omstændigheder maa opfattes under synspunktet: storhedsforestilling.

Hvad hans *orienteringsevne* angaar, saa er den fuldstændig vel bevaret. Han ved, hvor han er, kender aarstal og dato, erkender omgivelserne paa fuldtud korrekt maade. Ved, hvornaar han kom herind, og har rede paa baade personalet og patienternes navne.

Hans *opfattelsesevne* er ogsaa uskadt, kan vel endog paa en vis maade siges at være skærpet, for saa vidt som han lægger mærke til alt. Selv de uvæsentligste smaating slaar han ned paa og gør bemærkninger om, intet synes at undgaa ham, og denne forøgede modtagelighed giver i forening med den lethed, hvormed associationerne knyttes og den ganske vist overfladiske, men ofte barokke eller overraskende maade, hvorpaa han finder ligheds- og berøringspunkter mellem de mest forskelligartede fænomener og forestillinger, hans bemærkninger et vittigt, undertiden spirituelt anstrøg. Det er derfor ikke altid en udelt fornøjelse at gøre stuegang hos manisk opstemte patienter. De har meget ofte et ualmindelig klart blik for omgivelsernes store og smaa svagheder, og da den hemning, som klogskab og god tone ellers lægger paa yttringsfriheden mand og mand imellem, mangler hos disse patienter, saa turnerer de deres vittigheder og kommer med deres indskud og randbemærkninger uden betænkning og uden at dæmpe den tilspidsede, skarpe form, hvori de dukker op i deres bevidsthed. Men deres dialektik er rent formel, den



gte paa tingenes yderflade, naar aldrig ind til det g de er derfor, trods det opvakte og begavede inde kan gøre, i virkeligheden distanceblændere. indgribende eller gennemført bearbejdelse af der tilføres dem, er der heller aldrig tale. res *opmærksomhed* alt for løbsk. Det er kun tant, de kan fastholde den om en bestemt øjeblik efter er deres interesse slappet, og et fængsler den for lige saa hurtigt at slettes es af et tredje.

vor patients psykose er bygget over „flugtens" radikal, er iøjnefaldende nok. Den gør sig gældende i den forøgede *motoriske uro,* i den *geskæftighed og bevægelsestrang,* der behersker patienten; den gør sig gældende i patientens *tale,* der flyder næsten ustanselig, og den gør sig gældende i den hurtighed, hvormed den ene *forestilling* knyttes til og skifter med den anden. Hertil kommer nu den *flygtighed* og *skiften,* den *overfladiskhed* og *løshed,* hvormed alle disse psykiske processer foregaar, og den overordentlige lethed, hvormed patienten *slipper det bevidsthedsindhold, der i det givne øjeblik behersker ham, for at kaste sig over et nyt;* hans hjærnevirksomhed foregaar i virkeligheden efter formlen: men da den i det samme saa en rotte, lod den musen gaa. Endvidere, den *løftede stemning,* den *forøgede selvfølelse,* antydningen af *storhedsideer,* den *bevarede orienteringsevne* og *uskadte opfattelse* af omgivelserne. Disse faktorer sammenholdt med den fuldstændige mangel paa alle de træk, der er karakteristiske for eksaltationerne i dementia præcox, gør det utvivlsomt, at vi staar overfor en manisk eksaltation.

Hos vor patient viser denne eksaltation sig kun i sin middelstærke grad. Men hos andre og for resten ogsaa hos vor patient, da han kom herind, er symptomerne ofte langt mere fremtrædende. Den motoriske uro stiger til et sandt bevægelsesdelirium, og patienterne maser ofte hele

døgn igennem, klapper i hænderne, dunker paa døren, synger og skriger sig fuldstændig hæse. Deres tale er ganske sammenhængsløs, springer afsted over stok og sten, og kun alliterationerne og rimerierne tillader os af og til for et øjeblik at knytte den ganske løse og tilfældige forbindelse mellem de forskellige led i de forestillingsrækker, der stadig trænger sig paa og mylrer af sted i kaotisk virvar. Som regel vil man dog selv under disse forhold tydeligt kunne erkende den løftede sindsstemning og den forøgede selvfølelse. Men stemningen slaar let over i vredesudbrud, der kan give sig alvorlige aggressive udslag. I disse stærkere anfald af mani plejer ogsaa vrangforestillingerne, navnlig storhedsideerne at træde stærkere i forgrunden, patienterne mener om sig selv, at de er ministre eller konger eller Vorherre selv; deres følelse af egen styrke og velvære giver sig udtryk i de mest overdrevne forestillinger om, hvad de er i stand til at udrette, der er ingen grænser for deres mod og tapperhed, ingen ende paa deres magt og fuldkommenhed. Men ogsaa forfølgelsesforestillinger dukker nu og da frem hos dem, de føler mystiske paavirkninger af forskellig art, eller bliver elektriseret eller hypnotiseret, der blæses giftige luftarter ind i deres stue, eller der bliver om natten gjort seksuelle attentater paa dem. Ikke faa af disse patienter viser sig, saalænge man er til stede, i høj grad medgørlige, er underdanige indtil slaviskhed, for saa snart man er gaaet, at beskylde én for de frygteligste og mest kriminelle forbrydelser; som regel kan De, lige som naar De taler med professionelle bagvaskere, ude i livet, altid faa en forestilling om, hvad der venter Dem selv, ved at høre den maade, hvorpaa patienterne omtaler ikke tilstedeværende personer for Dem.

Hos adskillige af de patienter, hvor eksaltationen har naaet de højere grader, er det ikke sjældent at træffe hallucinationer, skønt de næsten aldrig har den betydning og

spiller den rolle som i forvirringen, forryktheden eller dementia præcox. Allerede hos vor sidste patient viste der sig ved begyndelsen af opholdet svage hørelseshallucinationer. Spurgte man ham, om han hørte stemmer, saa pegede han mod loftet og gulvet, men erklærede, at de var saa langt borte, at han ikke kunde høre dem tydeligt, og hverken disse stemmer eller den banken, han nu og da hørte paa vinduerne, afficerede ham synligt.

Under disse stærke maniske anfald er det ogsaa reglen, at patienternes orienteringsevne og opfattelse af omgivelserne bliver mindre klar. Vor patient fortalte, da han blev indlagt, alt imedens han dansede rundt paa gulvet og fløjtede, at han om formiddagen havde været i Gentofte, hvor „hele byen var lavet om“. Der var „grinagtige skilte paa husene“, om søen var der rækværk, for at *han* ikke skulde falde i den, han var dog gaaet ud paa isen, og „morede et nydeligt publikum“, for skønt hans skøjter slet ikke passede, løb han alligevel udmærket. Alle telefonpælene var fulde af plakater, hvorpaa der stod „hallo!“ Han opfattede ogsaa her de første dage enkelte af personalet som „opdagere“. Men hvad der hos ham kun var antydningsvis til stede, det udvikler sig ved de stærkere grader af manisk eksaltation til en mere eller mindre udtalt desorienterthed, saa at patienterne miskender omgivelserne, giver dem gale navne og ikke er ganske klare over, hvor de befinder sig.

Hvad *prognosen* for vor sidste patient angaar, saa mener jeg, at denne kan stilles god for det nuværende anfald. Han er allerede langt bedre, end da han kom herind, og hans eksaltation har i det hele, naar de første dage undtages, ikke været af de stærke. Anderledes stiller det sig imidlertid med hensyn til spørgsmaalet om tilbagefald. Dels findes der jo en del af de symptomer, som jeg har nævnt for Dem som karakteristiske for den periodiske sindssygdom — jeg skal kun minde Dem om den akute

opstaaen uden depressivt forstadium, om den ringe styrke, eksaltationen har naaet, om det skiftende i patientens stemning, og om det kværulerende anstrøg, der nu og da har været over ham —, men dels har patienten jo utvivlsomt i flere aar frembudt tegn paa den uligevægtighed i stemningsliv og arbejdsevne, der saa ofte findes hos degenererede. Det er derfor sandsynligt, at hans nuværende psykose kun betegner en mere stormfuld episode i et fra fødslen daarligt afbalanceret nervesystem, og at der er fare for, at han senere i livet vil faa tilbagefald[1]).

Hvad der i *differentialdiagnostisk* henseende er af betydning for Dem, er at skælne den maniske eksaltation fra den eksaltation, der saa overordentlig hyppigt forefalder i forløbet af en *dementia præcox*. Der er ingen tvivl om, at disse anfald af uro, som for en overfladisk betragtning i det rent ydre kan ligne den maniske eksaltation, i tidligere tider hyppigt er blevet forvekslet med manien. I det store flertal af tilfældene er diagnosen imellem de to tilstandsformer ikke vanskelig, naar De fastholder den grundfaktor, de psyko-patologisk hver for sig er bygget over. Ved *dementia præcox* ligger eftertrykket paa forstyrrelsen af *viljeslivet*. Og selv om der optræder motorisk uro og ustanselig tale, saa kan man dog altid paavise den *viljesspærring*, det hang til *stereotypi* og *fastholden ved det engang givne*, som faar udtryk dels i den stadige gentagelse af de samme bevægelser og de samme ord, dels i den tilbøjelighed, man hos disse patienter finder til pludselig for en tid at opgive deres eksaltation og *stivne i en eller anden forvreden stilling*. Den *maniske eksaltation* er derimod bygget

---

1) Pt. blev udskrevet efter seks ugers hospitalsophold. Han var da let eksalteret; men hans familje paastod, at han var rask og ikke anderledes, end han havde været, før han blev syg. Han befinder sig nu, $1^1/_2$ aar efter udskrivningen, godt, er stadig i telefonselskabets tjeneste. Har ikke paa familjen gjort hverken noget eksalteret eller depressivt indtryk i den forløbne tid.

over en *stemningsanomali*, og det udtryk, denne giver sig i patientens handlinger og ord, er saa langt fra at være bundet i bestemte formler eller til bestemte associationer, medens vejen til alle andre er lukket, at det tværtimod er *det stadigt strømmende og evigt skiftende*, der præger disse patienters opførsel, og giver os et tydeligt indtryk af, at *alle psykiske funktioner foregaar med en abnorm ringe gnidningsmodstand* og har en tilbøjelighed til og en lethed ved at følge den første den bedste associationsmulighed, der viser sig.

Bevægelserne og ordene i eksaltationen ved dementia præcox er derfor ofte ganske uden mening, bevægelserne er hensigtsløse og sætningerne kun en samling af ord uden sammenhæng. Over de manisk eksalterede er der derimod en stadig geskæftighed, de er optaget af at skulle udrette noget, og det er ikke det motivløse i deres bevægelsestrang, der forhindrer dem i det, men den stadige strøm af nye opgaver, der faar dem til at fare fra det ene til det andet uden at faa noget fuldført. Og selv om deres tale ofte kan være vanskelig at følge, saa er der dog hos dem intet af katatonikerens endeløse verbigeration, man kan næsten altid, om end kun brudstykkevis fange i flugten de associationer, som knytter de forskellige forestillingsrækker til hinanden.

Men der er ogsaa andre forhold, der kan hjælpe os ved differentialdiagnosen. Ved manien er hele patientens tilværelse baaret oppe af hans *løftede sindsstemning*, af den følelse af velvære og styrke, der fylder ham, kun rent momentant kan denne løftede stemning slaa over i sin modsætning og for en kortere tid gøre patienten deprimeret. Og reagerer han nu og da fjendtligt overfor omgivelserne, saa er det, fordi vreden bruser op i ham for et øjeblik. Ved dementia præcox derimod finder man en mere eller mindre udpræget *følelsesindifferentisme*, disse patienters stemningsliv sættes kun med stort besvær i svingninger, og

deres reaktion overfor indre og ydre indflydelser er ganske overordentlig ringe. Og angriber de nu og da omgivelserne, saa er det ikke paa grund af den opdukkende forestillings følelsesbetoning, men det sker rent impulsivt og med koldt blod.

Skønt orienteringsevnen og bevidstheden selv under den stærkeste eksaltation under en dementia præcox som regel er langt sikkrere og klarere end ved manien, saa er den interesse og opmærksomhed, som patienter med dementia præcox viser over for deres omgivelser, meget ringe. De er altid *ensomme mennesker*, tager intet hensyn til, hvad der foregaar om dem, blander sig ikke imellem de andre patienter, er ganske absorberet af deres eget. En maniacus derimod er altid et *selskabsmenneske*, og hans trang til at komme i rapport til sine omgivelser og gribe dirigerende ind kan ofte være højst generende. Medens katatonikeren under en stuegang kan virke trættende og forstyrrende ved den monotoni og den støj, hans uro og tale volder, saa holder han sig altid for sig selv, kan i det højeste gribe et ord eller en bemærkning og flette dem ind i sin verbigereren, men han forsøger ikke paa at spille nogen aktiv rolle over for sine omgivelser. Den manisk eksalterede derimod blander sig stadig i samtalen eller undersøgelsen, snart raadgivende, snart trøstende, snart velvillig og hjælpsom, snart kritiserende eller drillende.

Men desuden findes der som regel selv under eksaltationen ved dementia præcox andre af de symptomer, der karakteriserer denne sygdomsenhed. Man kan næsten altid paavise enten negativisme eller forøget suggestibilitet eller katalepsi, ligesom ogsaa den udprægede grimaceren eller det affekterede, teatralske og manierede i bevægelser og tale sjældent mangler.

Jeg vil endnu sige Dem et par ord om *behandlingen* af den maniske eksaltation. Naar De erindrer den livlighed og den lethed, hvormed disse patienter reagerer over-

for alle paavirkninger ude fra, og hvor lidt der skal til for at øge deres eksaltation og faa dem til at tale sig op i den vildeste tankeflugt eller den mest ubeherskede vrede, saa vil de forstaa, at hovedindikationen for disse patienters behandling er tilvejebringelsen af den *størst mulige ro*, den mest gennemførte udelukkelse af alle de irritamenter, der kan virke udløsende paa og give deres eksaltation næring. De maa derfor, selv om patientens paarørende, hvad der ofte er tilfældet ved de lettere grader af eksaltation, modsætter sig det, bestemt holde paa, at patienten bliver indlagt paa en *hospitalsservice,* der er særlig indrettet til at huse den slags patienter. Det er nødvendigt, dels fordi disse patienter ikke sjældent begaar baade ekscesser og kriminelle handlinger, som kan komme til at svie til dem for hele livet, dels fordi den hovedindikation, jeg har nævnet for Dem, kun paa denne maade kan ske fyldest, og den videre udvikling af deres psykose derved kan stanses eller mildnes. At omgaas eksalterede patienter hører nemlig mange gange til de terapeutiske kunststykker. At bevare ro og bestemthed over for deres paagaaende fordringer, at bevare koldblodigheden over for deres mange drillerier og forstaa at overhøre og ignorere deres mer eller mindre velturnerede sarkasmer, dertil kræves en træning og forstaaelse, som kun findes hos personalet paa en afdeling, som er vant til at behandle disse patienter, og hos hvem opfattelsen af dem som syge mennesker er gaaet over i blodet. Men desuden kræver disse patienter foruden isolation ogsaa *sengeleje.* Den opfattelse, som ældre navnlig engelske sindssygelæger havde og til dels endnu har, at man ved megen motion i fri luft skulde forsøge paa at gaa eksalterede patienter trætte, beror paa en skæv opfattelse af maniens væsen. Dels vil det i mange tilfælde være mere end et Herkulesarbejde at faa disse patienter trætte, fordi træthedsfornemmelsen slet ikke indtræder, selv om de har været i uafbrudt aktivitet døgn igennem, men dels vil den

ro, man muligvis derved opnaar, kun markere en udmattelse, men ingen ophør af psykosen, der, naar patienten igen har samlet kræfter, vil bryde ud med fornyet styrke. Sengelejet har derimod ofte en sedativ virkning, og hvis man anbringer patienten i et eneværelse og giver ham en paalidelig vagt, der uden vold, men ved forstaaende overtalelse og klog larveren formaar patienten til at blive i sin seng, vil det ofte hurtigt have en beroligende virkning.

Skønt vi ellers ikke her paa afdelingen har nogen grund til at istemme den lovsang, som særlig fra tysk side er blevet det *permanente vandbad* til del ved behandlingen af de mest forskelligartede psykoser, saa kan der ikke være nogen tvivl om, at overfor manisk opstemte patienter virker det ofte i høj grad beroligende. Selvfølgelig gaar det til at begynde med ud over omgivelserne, at pjadske og sprøjte med vand er de fleste børns største fornøjelse, og maniens psykologi har jo mange berøringspunkter med barnets. Men patienterne falder ofte forholdsvis hurtigt til ro, ligger med spillende øjne og snakker eller synger, men paa en langt mere stilfærdig og dæmpet maade end før, og det er ikke sjældent, at patienter, der har været søvnløse døgn igennem, efter nogle timers ophold i vandbadet falder i søvn og sover i badet. I Tyskland, hvor badeprincipet er en hovedfaktor ved psykosernes behandling, lader man patienterne ligge i badet baade uger og maaneder igennem. Her paa afdelingen tager vi dem som regel op om natten.

Hvad jeg ved melankolien sagde til Dem om nødvendigheden af at holde patientens *ernæring* oppe, gælder i mindst lige saa høj grad ved manien. Nogle af disse patienter spiser udmærket, endogsaa graadigt, men andre er det vanskeligt at faa tilstrækkeligt i, dels fordi de ikke har tid til at spise, saa optaget er de af deres geskæftighed og talen, dels fordi de nærer giftfrygt. Det er derfor ofte et stort taalmodighedsarbejde, der desuden kræver

baade overtalelse og bestemthed, at faa maniske patienter til at spise. Her lige som ved melankolien skal kosten være kraftig, koncentreret og gives hyppigt, og da disse patienter som regel er mest villige til at drikke, skal De give maden i flydende form. De skal ansætte en minimumsration for døgnet, og hvis denne ikke naas, hurtig skride til sondemadning.

Hvad den *medikamentelle behandling* af manien angaar, er det navnlig den motoriske uro og søvnløsheden, der maa tages sigte paa. De tre midler, der efter vor erfaring her paa afdelingen virker sikkrest, er trional, sulfonal og hyoscin. *Trionalet* er det ufarligste, men ogsaa det mindst paalidelige i sine virkninger. Vi giver det gærne i doser paa 1 gram flere døgn i træk, og hvis urinundersøgelsen ikke stiller kontraindikationer, kan man godt give det i en uge eller to. *Sulfonalet* er farligere, og paa grund af den kumulative virkning kan der pludselig optræde forgiftning. De maa stadig holde øje med Deres patienters urin, og saa snart der viser sig den svageste farveforandring, straks seponere midlet. Vi plejer gærne efter at have overbevist os om, at der ikke er idiosynkrasi imod midlet, at give en større dosis paa to gram den første aften og derpaa de følgende tre eller fire aftener et gram. Derefter pauserer vi nogle dage eller giver chloral eller veronal for saa atter nogle dage at give sulfonal. Det tredje middel, *hyoscinet* har den fordel, at det kan gives subkutant og derved lettere doseres, idet sulfonalets tunge opløselighed ofte gør, at noget af pulveret bliver liggende paa bunden af koppen. Hyoscinet plejer at virke baade hurtigt og paalideligt. Da hyoscinet imidlertid er en stærk gift, maa De altid være i høj grad forsigtig med anvendelsen af dette middel. Fem streger af en 1‰ opløsning kan anses for normaldosis ved svære manier. De maa vaage nøje over patientens hjærtevirksomhed, da hyoscinet virker paa cors hemningsaparat, og overhovedet ikke anvende midlet ved

mb. cordis. Ogsaa appetitløsheden, tørheden i mund og svælg, synsforstyrrelserne, der skyldes paresen af akkomodationsmuskulaturen, kan virke forstyrrende ind og nødsage os til at seponere midlet.

Endnu et spørgsmaal og i mange tilfælde det vanskeligste ved behandlingen af en mani er, *hvornaar man skal skrive patienten ud.* Der er faa patienter, der føler frihedsberøvelsen saa tungt som manierne, og som ledet af deres manglende sygdomserkendelse og forhøjede selvfølelse og velvære, trænger saa energisk paa for at tvinge deres udskrivning igennem, og faa, der selv naar de er blevet raske, saa længe bevarer en følelse af bitterhed og uvilje mod dem, der har foraarsaaget deres indlæggelse og opretholdt den. Der er imidlertid ikke andet for Dem at gøre end at holde Dem stiv, hvis De da, hvad De selvfølgelig vil, ikke lader Dem lede af andre motiver end Deres patienters vel. De kan ikke altid regne med den tilsyneladende ro, der falder over patienten under de skærmende forhold, som en speciel hospitalsafdeling byder paa. Saa længe De endnu sporer rester af den psykomotoriske uro, saa længe De endnu kan paavise tale- og tankeflugt, eller stærkere skiften i stemningslivet, saa længe den kværulerende indblanding gør sig tydelig gældende, saa længe søvnen ikke er paalidelig, og De ikke har fornemmelsen af, at der har udviklet sig saa megen harmoni og ligevægt i patientens sind, at ikke den ubetydeligste modgang eller skuffelse straks bringer ham ud af fatning, saa længe skal De ikke slippe ham. De riskerer blot, at naar han udsættes for de mange paavirkninger og indtryk, som livet bringer med sig, stiger hans eksaltation igen, og De kunde ved at have været standhaftig forskaanet Deres patient for et tilbagefald. Desværre er det ikke alene patienten, De under saadanne forhold har at gøre med, men hans paarørende vil i mange tilfælde staa paa hans side. Og det er i og for sig ganske naturligt. Dels føler

de glæden ved, at patienten er kommet saa vidt, som han er, dels mangler de de forudsætninger og erfaringer, der faar os andre til at se de farer, som en for tidlig udskrivning ofte rummer. De lader sig overtale af patientens bønner og forsikringer om, at han nok skal forholde sig rolig, og opfatter ofte vor modstand som pedanteri eller det, der er værre. De skal imidlertid stritte imod, saa længe som muligt, og naar De ikke kan længere, fralægge Dem ethvert ansvar for, hvorledes det senere maatte gaa patienten.

FORRYKTHEDEN. I.

MINE damer og herrer! Den patient, jeg vil begynde med at demonstrere for Dem, er en 36aarig mand, hvis livsstilling paa journalen er anført som forhenværende fotograf. Der kunde for den sags skyld lige saa godt have staaet forhenværende tømrer eller gartner eller musiker, da han til forskellige tider har forsøgt sig i alle disse professioner. Selv om det nu ogsaa maa indrømmes, at en vis vaklen i valget af livsstilling ofte nok kan være motiveret ved, at det tidspunkt i et menneskes liv, hvor denne afgørelse skal træffes, falder saa tidligt, at fejltagelser er undskyldelige, saa vil en svingen imellem saa mange og saa forskelligartede beskæftigelser, som der er tale om hos vor patient, og en usikkerhed, der strækker sig langt ind i manddomsaarene, altid tilkendegive en mangel i vedkommende menneskes personlighed, en holdningsløshed og svigtende evne til at fastholde og gennemføre en en gang tagen beslutning. Og gennem de oplysninger, vi har indhentet fra patientens familje, er vi da ogsaa blevet klar over, at han hele sit liv igennem lige fra barnealderen har været vanskelig; lunefuld i sin energi og i sit stemningsliv, til tider blød og let at lede, til andre opfarende og hidsig. Han har altid været sær og indesluttet, været mistænksom og følt sig forurettet og tilsidesat uden grund.

Det er imidlertid kun fire aar siden, at det blev øjen-

synligt for patientens omgivelser, at der var noget egentlig patologisk ved ham. Han havde været forlovet med en ung pige af god familje, denne forbindelse hævedes imidlertid, men skønt vedkommende unge dame senere er blevet gift, vedblev han at betragte hende som sin kæreste. Han begyndte først mere forblommet, men efterhaanden med større og større bestemthed at paastaa, at hans familje af „andre“ blev betalt for at holde hende borte fra ham, han beskyldte sine slægtninge for at have meddelt hans kæreste, at han var impotent, hvilket har foranlediget ham til at lade sine genitalia fotografere. Ved indlæggelsen her talte han ogsaa om „den sammenrottelse, der var iværksat for at berøve ham hans kæreste“, og i hjemmet er han gentagne gange uden nogen anledning kommet med yttringer, som „hvad er det I gaar her og laver“, som udtryk for den mistro, han nærede overfor sine omgivelser. Han har ogsaa til tider været ivrig beskæftiget med at lægge billetter ind paa alle avertissementer under rubriken: korrespondance i den formening, at det var kæresten, der paa denne maade bag familjens ryg søgte at komme i forbindelse med ham.

Men i den senere tid er der optraadt endnu flere symptomer hos ham. Dels paastaar han, at han er blevet hypnotiseret af en opdager, der vilde prøve hans evner og tvinge hans „hjærne til at give sine indtryk fra sig“, dels er der opstaaet enkelte storhedsforestillinger hos ham, idet han har ladet sig forlyde med, at „han var verdens mægtigste mand og største psykolog“. Han paastaar ogsaa, at hans kæreste er født komtesse, en opdagelse, han har gjort „efter indskydelse“, paavirket af hypnosen. Dette udtryk „efter indskydelse“ er aabenbart, saaledes som det saa ofte er tilfældet med patienter af hans art, den form, hvori han har koncentreret sin følelse af den forskydning, der er foregaaet i hans forhold til omverdenen, og de fremmede, mystiske paavirkninger, der tvinger og behersker hans forestillingsliv, og som han

ikke selv har nogen indflydelse paa. Han indrømmer, at der er enkelte erindringer og oplevelser, som han kan referere uden indblanding fra andres side, men det meste af, hvad han tænker og foretager sig, sker „efter indskydelse“.

Hvis De vil læse det brev igennem, som jeg har sendt rundt, saa vil De deri foruden en smuk samling af skældsord finde en enkelt sætning, hvor saavel patientens forfølgelses- som storhedsforestillinger finder udtryk. Han skriver mod slutningen af brevet: „men hvis I vover med en eneste stavelse at saare min moders, end sige min kærestes og svigerfaders, Hans Majestæt kongens gode og elskede navn og rygte, saa skal jeg lade kræften fortære Eders forbandede kadavere, I to giftblandere“. Dette brev er adresseret til en „hr. Filtenborg i arresten paa Gammel torv, skab nummer —“. De vil lægge mærke til, at brevet saavel syntaktisk som ogsaa i ortografisk henseende er næsten fejlfrit, og at ræsonnementerne ud fra de givne, falske præmisser er uangribelige.

Skønt jeg ikke tror, det vil føre til noget resultat at præsentere patienten for Dem, da jeg ikke mener, det vil lykkes at faa ham til at udtale sig i saa mange menneskers paahør, saa vil jeg dog vise ham for Dem, fordi der i selve hans væsen og optræden er noget, som for den, der er vant til at omgaas sindssyge, straks vil gøre én mistænksom, og da mange af disse patienter har en usædvanlig evne til at skjule og bortforklare deres sygelige symptomer, saa er det af betydning at erkende og vurdere disse ejendommeligheder i adfærd paa rette maade, da man i adskillige tilfælde maa stille sin diagnose paa dem alene.

Som De saa, kom patienten herind knejsende og selvsikker, hilste paa en noget understreget høflig, men dog værdig maade paa Dem, men omkring hans læber spillede der et overlegent og ironisk smil. De lagde sikkert ogsaa mærke til, hvorledes han af og til blev aandsfraværende,

stirrede ud for sig, medens hans hoved og hele hans person antog en lyttende stilling, Og skønt han paa spørgsmaal om, hvor vidt han hører stemmer, forbavset svarede: „stemmer! hvad mener De med det?“ saa føler jeg mig dog overbevist om, at hans holdning i det øjeblik var en følge af hans hallucinationer, og De opfangede sikkert ogsaa i tonefaldet i hans benægtelse noget uægte og ikke ganske tilforladeligt. De hørte, hvorledes jeg spurgte ham om, hvorfor han saa ofte sidder og stirrer paa et hvidt stykke papir, det er nemlig noget, han i timevis kan sidde og gøre, ganske absorberet og uden øje eller øre for, hvad der foregaar om ham, og mod forventning erklærede han, at han paa denne maade kan læse de menneskers tanker, som han staar i forbindelse med. Det hænder nu og da, at han ganske pludselig afbryder sin stirren og i ilmarsch gaar op og ned ad gulvet, og han har en enkelt gang erklæret, at det er „naar den tanketraad, der sætter ham i forbindelse med alle de mennesker, hvis tanker, han kan læse, brister“, han maa da for at bringe forbindelsen i stand igen give sig til at gaa hurtigt.

De hørte ogsaa, at han var fuldstændig orienteret i sine egne forhold, og de oplysninger, han gav om sig selv og sit tidligere liv, stemmede paa det nøjeste over ens med de, vi har indhentet fra familjens side. Der fandtes heller ikke hos ham noget, der kunde lede tanken i retning af en dementia præcox. Der var ingen negativisme, ingen verbigeration, ingen grimaceren eller aparte teatralske stillinger.

De maa nu ikke tro, at han altid er saa høflig og let at komme ud af det med, som De sikkert fik indtrykket af, medens han var her inde. Han blev bragt herind med haandjærn paa, da han i hjemmet havde overfaldet sin broder og ikke med det gode vilde følge med politiet herind, fordi han „ikke vilde lade sig indlægge af enhversomhelst civil person, der udgav sig for politibetjent“. Og her paa afdelingen har han ogsaa et par gange paa ret brutal maade overfaldet dels patienterne, dels personalet, fordi

han mente enten, at de var mordere, eller at de havde kommet noget i hans glas og derved „faaet ham til at drømme“. Naar disse pludselige vredesudbrud, der enten hænger sammen med hans falske forestillinger eller hans hallucinationer, og naar de protester og den misfornøjelse med at være indlagt her, som er en ganske naturlig følge af, at patienten ganske mangler sygdomserkendelse og betragter sin indlæggelse som det uretfærdigste indgreb i hans personlige frihed, naar disse fra hans synspunkt vel motiverede reaktionsudbrud undtages, saa er der ikke noget paafaldende at notere, hvad hans stemningsliv angaar. Han færdes paa afdelingen optaget af og rugende over sine egne forestillinger og planer uden at blande sig i eller tage synderlig notits af, hvad der foregaar.

Medens det brev, jeg for lidt siden viste Dem, hverken i sit ydre ustyr eller sin ortografi frembød noget paafaldende, og indholdet ud fra de falske forestillinger, patienten beherskes af, var logisk og sammenhængende, skal jeg nu vise Dem et blad, hvorpaa patienten har forsøgt sig i noget, der rimeligvis skal forestille vers. De vil lægge mærke til de mange initialer og symboler, der sirer dette papir, og der kan næppe være nogen tvivl om, at de græshopper og sommerfugle, de slanger og spindelvæv, de mystiske figurer, bordet med den voxende plante, Janushovedet og den penislignende figur, at alt det staar i forbindelse med hans forrykte forestillinger og for patienten har sin egen symbolik og sin egen betydning. De vil ogsaa se den aparte trappeagtige maade, han afbryder linjerne paa, og det ganske sammenhængsløse nonsens, hvoraf indholdet er flikket sammen. Jeg viser Dem dette for at minde Dem om, hvor stor en rolle sindssyge menneskers skriftlige udgydelser ofte kan have for vor bedømmelse af patienten.[1]) Uden denne prøve vilde det have været vanskeligt for mig at demonstrere den demens, som findes hos vor patient, og som her giver sig et saa umiskendeligt

[1]) Se bl. a. *Pontoppidan:* Fire psykiatriske Foredrag. 1891.

udtryk. Dette papir minder mig ganske om de produkter, som forskellige mere eller mindre sløve, som regel forrykte mennesker, stak én ud, naar man gjorde stuegang paa plejestiftelserne paa St. Hans hospital, og i hvilke patienterne ofte endnu mere sammenhængsløst og med benyttelsen af forskellige neologismer og symbolske arabesker søgte at gøre andre meddelagtige i deres syn paa omverdenen og dem selv.

Hvad der er det mest fremtrædende hos vor patient, bliver da en *lidelse paa forestillingslivets omraade.* Han har lidt efter lidt dannet sig en række vrangforestillinger, der *væsentligst har forfølgelsesforestillingens form,* idet han tror, at „andre“ og hans familje vil ødelægge hans forhold til kæresten, om hvis giftermaal han ikke vil høre, eller som han i alt fald ikke tillægger nogen betydning. Men ved siden heraf er der opdukket *mystiske forestillinger* om, at han bliver hypnotiseret, at hans tanker og handlinger paavirkes og dikteres af andre, ligesom ogsaa *spredte storhedsforestillinger,* hans svigerfader er kongen, og han selv verdens største psykolog, er dukket op. Han er samtidig *fuldstændig vel orienteret i sine egne forhold,* hans opfattelse af omgivelserne, naar ikke hans vrangforestillinger af og til faar ham til at miskende personer og opfatte dem som forklædte, fuldstændig korrekt, hans *hukommelse upaaklagelig* og hans *stemningsliv ikke forandret,* snarest maaske præget af en let forhøjelse som følge af den selvfølelse, der som regel præger hans væsen. Disse hans *vrangforestillinger er fikse,* idet det kun er ganske bestemte, der stadig vender tilbage, og som det ikke gennem nogen art af logisk ræsonnement lykkes at faa ham til at opgive. Kan det en enkelt gang se ud, som han gjorde det, er det kun paa skrømt, kun af høflighed eller for at faa fred, men næste gang, man kommer til ham, er alt igen ved det gamle.*)

*) Patienten blev overflyttet til St. Hans hospital, hvor han endnu befinder sig, uden at der er sket nogen forandring i hans tilstand.

En patient med en psykisk forstyrrelse af denne art, og hvis psykose *forløber paa denne snigende, fremadskridende maade,* saa at patientens *hele personlighed* til sidst *omdannes,* og hans tilværelse gaar hen med at uddybe og udvide de falske forestillinger, der lidt efter lidt antager det *urokkeliges* karakter og som regel holdes ved lige af *hallucinationer,* han lider af *paranoia.*

Desværre har dette ord ikke samme værdi i det nosologiske system som f. eks. ordet pneumonia crouposa. Hvis De vil gaa ud paa en af vore sindssygeanstalter og gennemblade journalerne fra en aargang for ti aar siden, saa vil De se, hvor ofte diagnosen forrykhed figurerer. Men læser De journalerne igennem, vil De hurtigt opdage, at der under denne etikette rummes patienter, som vi i vore dage fører ganske andre steder hen i systemet, De vil se, at det væsentligst er symptomet: vrangforestillingen, der har været det afgørende for bedømmelsen, ganske uafhængig af, hvorledes psykosen er opstaaet og forløbet, og ganske uafhængig af de andre symptomer, f. eks. fra patientens stemningsliv eller orienteringsevne, der har været til stede. Tilfælde, som vi i vore dage ubetinget vilde føre hen under melankolierne eller manierne, under dementia præcox eller forvirringen, samledes paa grund af vrangforestillingens dominerende rolle under forryktheden.

Det vilde føre mig altfor vidt, hvis jeg skulde give Dem en historisk fremstilling af, hvorledes forryktheden efterhaanden steg op af dette kaos og en tid lang syntes at antage mere faste og varige konturer. Dem af dem, der har interesse for dette spørgsmaal, kan jeg henvise til *Emminghus*[1]), til *Friedmann*[2]), *Magnans*[3]) eller *Arnauds*[4]) fremstilling.

---

[1]) Allg. Psychopatolog. Leipzig. 1878.

[2]) Ueber den Wahn. Wiesbaden. 1894.

[3]) Leçons cliniques sur les maladies mentales. 1893. Leçons clin. sur. les mal. mentales. 1897. Magnan et Sérieux: Le délire chronique.

[4]) Traité de pathol. mentale. 1903.

Den foreløbige afslutning, som forrykthedslæren syntes at være naaet til, betegnes med *Magnans* navn. Han opstillede en sindssygdomsform: le délire chronique à évolution systématique, en sindssygdomsform med ganske bestemt forløb og terminalstadium. Han delte sygdommen i fire stadier: et *inkubationsstadium,* période d'inquiétude, under hvilket patienten føler sig uvel, bliver „nervøs", farer sammen ved den mindste lyd, og samtidig synes han, der foregaar en forandring med omgivelserne, de behandler ham ikke paa samme maade, som tidligere, ser underligt paa ham, synes at foragte eller ignorere ham; staar mennesker og taler sammen, er det ham, der debatteres; smiles der, er det for at vise ham haan, og lidt efter lidt føler han sig spundet ind i et væv af mistænkeliggørelse, der gør ham urolig og usikker. Dette initialstadium, som dækker over tyskernes „Beziehungswahn", afløses eller rettere glider ganske umærkeligt over i det andet, i *forfølgelsesstadiet.* Hvad der fremfor noget præger dette, er hallucinationerne. Patienterne hører, hvorledes der bliver talt til dem eller om dem. Gaar de paa gaden, slynges der skældsord og beskyldninger imod dem, eller der rettes uanstændige opfordringer til dem. Disse hørelseshallucinationer kan efterhaanden blive saa talrige og brede sig ind over hele patientens daglige tilværelse, saa de til sidst aldrig har ro for dem. Til andre tider er det hallucinationer paa lugte- eller smagssansen, der er mest dominerende, og patienterne klager over den modbydelige stank, der til stadighed omgiver dem, eller de giftige luftarter, der blæses imod dem, eller deres mad smager, saa der ikke er tvivl om, at der er gift i den. Meget ofte er det følelseshallucinationer, det drejer sig om, patienterne føler sig elektriserede, fulde af utøj, eller genstand for seksuelle attentater af forskellig art. Samtidig med alle disse hallucinationer og understøttet af dem udvikler der sig hos dem vrangforestillinger, de mener sig forfulgt, snart af enkelte navngivne personer, snart af hele korporationer,

af frimurerne, katolikerne eller spiritisterne, og alt som de bliver mere og mere optagne af at forsvare sig imod deres forfølgere, og deres forestillinger vinder større og større terræn, tømrer de deres forfølgelsessystem sammen, og hver ny begivenhed, der indtræffer, ethvert nyt menneske, de støder paa, bliver en afstiver mere, og efterhaanden antager deres forestillinger det urokkeliges præg, og hverken den stringente bevisførelse, eller det mest logiske ræsonnement formaar at rokke ved systemet, patienterne forstaar med en utrolig jesuitisme og en ofte beundringsværdig konsekvens at bortforklare og tilbagevise alle de indvendinger, der rettes imod dem.

Efter *Magnans* opfattelse vil dette forfølgelsesstadium bestaa i kortere eller længere tid, men før eller senere sker der en *transformation* af forfølgelsesforestillingerne til *storhedsforestillinger,* et fænomen, som *Morel*[1]) allerede i 1860 har haft øjet aabent for, og som *Fr. Lange* i sin disputats fra 1883 giver en udtømmende og klar fremstilling af. Hvor vidt denne transformation sker som følge af en logisk tankevirksomhed og er resultatet af, at patienterne som følge af de mange forfølgelser, de er udsat for, til sidst som et forklaringsforsøg naar til den opfattelse, at de maa være noget mere end andre, eller om transformationen kun er et udtryk for den begyndende demens, skal jeg lade være usagt. Faktum er, at disse patienters selvfølelse lidt efter lidt stiger og en skønne dag udfolder sig i storhedsforestillinger, der gør, at de opfatter sig selv som konger og kejsere, som Guds søn eller verdens skaber. Paa et vist tidspunkt finder man forfølgelses- og storhedsideerne samtidig hos samme patient.

Det fjerde stadium er *demensen,* der dog sjældent naar nogen betydelig grad, og i dette stadium, hvor patienterne gaar omkring svælgende i deres magt og indflydelse, tager de revanche for de mange aars lidelser, som de under forfølgelsesstadiet var udsat for.

[1]) Traité des mal. ment. 1860. p. 703 o. f.

Der kan næppe være nogen tvivl om, at denne form for forryktheden, der her hjemme er akcepteret baade af *Friedenreich* og *Pontoppidan*, til en vis grad er en klinisk realitet. Jeg siger til en vis grad, fordi der er tilfælde, der forløber paa en noget anden maade, men som dog ganske sikkert hører samme steds hen i systemet. Enhver, der har levet længere tid paa en sindssygeanstalt vil ved siden af patienter, der er faldet til ro i det Abrahams skød, som deres storhedsforestillinger har beredt dem, mindes andre, hvor forfølgelsesstadiet synes at skulle vare til deres død, patienter, som igennem aartier har været pint og plaget af deres forfølgere, uden at der optræder andre tegn paa selvovervurdering end den tenacitet, hvormed de fastholder deres falske forestillinger og den sikkerhed og suffisance, hvormed de forfægter dem. Om *Falret* har ret, naar han paastaar, at transformationen til storhedsideerne kun foregaar i $^1/_3$ af tilfældene tør jeg ikke afgøre, men at der forekommer tilfælde, hvor storhedsstadiet aldrig naas, er sikkert nok. Der er ogsaa patienter, hvor *storhedsideerne og forfølgelsesideerne bestaar samtidig igennem mange aar,* patienter, som til stadighed lider under deres forfølgeres anslag, pines af hallucinationer og tilbringer mange timer af dagen med at udskælde og værge sig mod deres hallucinationer, og som samtidig føler sig overbevist om, at de er grevinder eller dronninger. Og hvad der er af vigtighed for diagnosen: disse to arter af vrangforestillinger kan i alt fald tilsyneladende opstaa omtrent samtidig, selv om jeg maa give *Lange* ret i, at i de fleste tilfælde vil man kunne paavise et kortere eller længere varende forstadium, hvor forfølgelsesforestillingerne alene raader.

Hvad der knytter alle disse i rent symptomatologisk henseende indbyrdes noget afvigende former af forryktheden sammen, er *det snigende i optrædelsesmaaden,* det *fremadskridende forløb,* den *urokkelighed* og uigendrivelighed, hvormed disse patienter *organiserer* og *systemati-*

serer deres vrangforestillinger, der lidt efter lidt spreder sig ind over hele deres personlighed, den relative intakthed af patienternes *stemningsliv*, der kun giver sig *sekundært reaktionsudslag* som følge af vrangforestillingernes og hallucinationernes indflydelse, og endelig den forholdsvis *ringe demens*, der indtræder, i sammenligning med, hvad vi ellers ser ved mange af de andre kronisk forløbende sindssygdomsformer.

At demensen, saaledes som f. eks. *J. Falret*, *Arnaud* og *Krafft-Ebing* mener det, ganske mangler ved den typiske forrykthed, beror sikkert paa en misforstaaelse af begrebet demens. Der er langt snarere grund til — saaledes som f. eks. *Pontoppidan* gør det — at opfatte en vis grad af aandelig svækkelse som et af grundelementerne i denne sindssygdomsform, idet man maa forudsætte en manglende kritik og „nedsættelse af den intellektuelle ydeevne“ for at forstaa, at disse patienter „akcepterer de største absurditeter trods deres iøjnefaldende modstrid med de faktiske forhold“. Noget andet er, at mange af disse patienter langt hen i deres sygdom og selv paa et tidspunkt, hvor deres forfølgelsesforestillinger og hallucinationer beskæftiger og piner dem, dog er i stand til at udføre deres virksomhed, og paa sindssygeanstalterne er de ofte skattede og utrættelige arbejdere.

Der er endnu to forhold ved *Magnans* délire chronique, jeg vil omtale. Det ene er spørgsmaalet om herediteten, det andet om det tidspunkt i patientens liv, hvor psykosen kommer til udbrud.

Da *Magnan* i sin forrykthedslære har anbragt en kløft imellem de former af forryktheden, der angriber en fra fødslen af disponeret hjærne, og de former, der optræder hos degenererede, hereditært belastede individer, og han til de førstnævnte regner sit délire chronique, saa vil De forstaa, at for ham spiller den arvelige disposition ingen rolle overfor denne lidelse. Andre forfattere som *Krafft-*

Ebing f. eks. hævder, at den hereditære belastning kan være endog meget fremtrædende ved de sygdomstilfælde, der kommer ind under *Magnans* délire chronique. Imidlertid er, hvor betydningsfuld en rolle arveligheden ogsaa spiller ved opstaaelsen af mange sindssygdomsformer, bedømmelse af dens betydning indenfor de enkelte grupper ofte overordentlig vanskelig. Tænk blot paa, hvor forskelligt et syn, forfatterne har paa arvelighedens indflydelse paa den generelle pareses opstaaen. Medens saaledes *Rogues de Fursac*[1]) og *Nacke*[2]) mener, at psykopatiske og neuropatiske antecedentia spiller en stor rolle for den generelle pareses genese, anser *Orchanski*[3]), *Pilez*[4]) og *Tschisch*[5]) den medfødte psykopatiske disposition som saa sjælden, at *Orchanski* endog er tilbøjelig til at mene, at den nævnte disposition til en vis grad skærmer mod opstaaelsen af en dementia paralytica. Der er derfor ingen grund til at forbavses over, at angivelserne om arvelighedens indflydelse paa fremkomsten af et délire chronique kan blive meget forskelligt vurderet af de forskellige forfattere.

Det andet spørgsmaal, som til en vis grad er nøje knyttet til arvelighedens større eller mindre indflydelse, er spørgsmaalet om, hvornaar i patientens liv forryktheden optræder. Det er en bekendt sag, at den sjælelige degeneration ofte giver sig udtryk meget tidligt i patientens liv, og at man hos mange børn, der hører til psykopatiske familjer, finder baade legemlige og sjælelige udslag af et daarligt afbalanceret og abnormt reagerende centralnervesystem. For *Magnan* staar délire chronique à évolution systematique som prototypen paa den erhvervede psykose, han udtrykker sig endog saa kategorisk, at han erklærer:

[1]) Th. de Paris. 1899.

[2]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 55, p. 557. Neurol. Centr. 1899, nr. 24, ibid. 1900, nr. 16. Arch. f. Psychiatrie 1906. Bd. 41, H. 1.

[3]) Congrès de Moscou. 1899.

[4]) Monatsch. f. Psychiatrie und Neurol. 1899.

[5]) Congrès de Paris. 1900.

qui dit délire chronique exclut par ce fait même la dégénérescence; og han finder en støtte for denne antagelse deri, at lidelsen først opstaar i manddomsalderen.

At det imidlertid ikke gaar an at stille det tidspunkt i patientens liv, paa hvilket sygdommen bliver manifest, op som differentialdiagnostiskt skælnemærke mellem de forskellige former af forrykthed, skal jeg om lidt vise Dem et eksempel paa, og navnlig vil det være farligt overfor en sygdom, hvis begyndelsesstadium i adskillige tilfælde forløber saa stilfærdigt, at det ganske undgaar omgivelsernes opmærksomhed, og overfor patienter, der i deres tidligere liv ofte har frembudt karakterejendommeligheder og særheder, hvis patologiske betydning er i høj grad afhængig af de forskellige undersøgeres syn paa og opfattelse af, hvad man er berettiget til i det enkelte tilfælde at stemple som sygeligt.

Jeg mener derfor, at den typiske forrykthedes afgrænsning imod de andre psykopatiske tilstandsformer, ikke lader sig tilvejebringe ved at tillægge faktorer som arvelighed, alder eller tidligere karakter en *dominerende* indflydelse. Alt det er jo dog kun udenværker, som er nødt til at falde, dels fordi vanskelighederne ved at faa disse forhold ordentlig belyst i mange tilfælde er uoverstigelige, dels fordi der er talrige tilfælde, der baade, hvad symptomer og forløb angaar, ganske svarer til forrykthedens sygdomsbillede, men som man, hvis disse faktorer skal have nogen afgørende betydning, blev tvungen til at udskille som særlige grupper. Man vilde kun derved opnaa en systematisering, der var blottet for al klinisk interesse, og som vilde modarbejde den tendens, som den moderne psykiatri med rette er saa stolt af, og som gaar ud paa at lade de forskellige psykosers forløb og terminalstadium være den afgørende rettesnor ved psykosernes afgrænsning.

Jeg tror heller ikke, der vil være nogen grund til at hænge sig alt for stærkt i den maade og den rækkefølge,

hvorpaa de forskellige forrykthedsideer optræder og kombineres i de enkelte tilfælde. Vi ved i virkeligheden slet intet om disse ideers psykopatologiske forudsætninger eller de dybere liggende betingelser for deres opstaaen og vækst. Og saa længe det er tilfældet, forekommer det mig at være ganske upraktisk at tillægge den omstændighed, at storhedsideerne optræder samtidig med eller kort tid efter forfølgelsesideerne, eller at begge holder sig uforandrede side om side gennem aartier, en differentialdiagnostisk betydning. Der er meget, der taler for, at disse forrykte ideers opstaaen ikke alene er afhængig af den eller de sygelige faktorers intensitet og udbredning, men ogsaa af den angrebne hjærnes individualitet, saa at det tidspunkt i sygdommens forløb, hvor storhedsideerne optræder, eller forfølgelsesforestillingerne svinder, ikke er et udtryk for den patologiske proces' art, men kun for centralnervesystemets individuelle reaktionsmodus. Og desuden er der jo ingenlunde enighed imellem forfatterne om, hvad man skal forstaa ved storhedsideer. Den forhøjede selvfølelse, der saa ofte præger paranoikerens væsen, og den kritikløshed, hvormed han anbringer sig selv i verdens midtpunkt, og mener himmel og jord sat i bevægelse for at pine og forfølge ham, opfattes af flere forfattere som rudimentære storhedsideer.

Hvad jeg derfor vil bede Dem om, hver gang De staar overfor en patient, som frembyder symptomer, der leder tanken i retning af forryktheden, er at fastholde de skælnemærker, som jeg ovenfor (p. 211) fremhævede for Dem. Og De skal lade dem være det afgørende i deres bedømmelse, ganske uafhængig af, om patienten er hereditært disponeret eller ej, ganske uafhængig af, om forfølgelsesideerne og storhedsideerne optræder i den af *Magnan* angivne rækkefølge, eller de opstaar samtidigt og forløber sideordnet med hinanden, og ganske uafhængig af, om De mener at kunne forfølge eller skimte sygdommens begyn-

delse tilbage til patientens barndom, eller psykosen først er opstaaet i den modne alder.

Jeg tror ogsaa, at denne opfattelse af paranoiaen er i færd med at fæstne sig, hvad der blandt andet har givet sig udtryk ved at *Percy Smith*[1]) i sin presidential adress i the medico-psycological association for 1904 har givet anskuelser af lignende art, som dem, jeg ovenfor har fremført, udtryk.

Desværre trues paranoiaspørgsmaalet med at blive forkludret fra en anden side, og da den mand, der er ved paa ny at bringe forvirring i det, er *Kraepelin,* der jo paa saa mange punkter har beriget den moderne psykiatri ved sit kliniske skarpsyn, og da hans autoritet derfor med rette er stor, bliver jeg nødt til, inden jeg slutter i aften, at gøre rede for mit standpunkt til hans opfattelse.

Jeg vil for at give Dem en forestilling om *Kraepelins* opfattelse af paranoiaen vise Dem en 53aarig forhenværende husbestyrerinde, om hvem familjen har givet os følgende oplysninger: Der skal ikke tidligere være forefaldet tilfælde af sindssygdom i slægten, og patienten selv skal tidligere have været rask. Hun har været et noget indesluttet og stædigt menneske, men dygtig og velbegavet. I mange aar har hun med stor dygtighed og ikke ringe administrationsevner styret økonomien dels paa forskellige sygehuse, dels paa forskellige herregaarde her i landet. For c. 9 aar siden fik familjen imidlertid den meddelelse fra overlægen paa en af vore sindssygeanstalter, hvor patienten den gang var ansat som økonoma, at hun led af en *begyndende* og rimeligvis uhelbredelig sindssygdom. Siden den tid har hun forsøgt sig i forskellige pladser, men er meget hurtigt kommet i klammeri med sine omgivelser, og i de sidste fire aar har hun boet hos en søster her i byen. I løbet af denne tid er hendes væsen og opførsel blevet mere og mere patologisk, hun har efterhaanden fuldstændig isoleret

[1]) The journal of. ment. science. oct. 1904.

sig paa sit værelse, ikke villet se noget menneske, ikke været at formaa til at tage imod penge eller klæder af familjen, skældte søsteren ud, saasnart hun viste sig, kastede kogende vand efter pigen, solgte, hvad hun ejede, og endte med at gaa i de elendigste pjalter, af hvilke jeg kan præsentere Dem hendes sko og strømper. Skoene ser De er overbroderet med store, hvide sting, der giver dem et højst fantastisk udseende og ganske sikkert staar i en eller anden mystisk forbindelse med hendes vrangforestillinger. Strømperne er syet sammen af et gammelt kaabefoer, og hendes øvrige beklædningsgenstande, der for største delen bestod af laser og pjalter, svarede til, hvad De her har set.

Jeg skal nu lade patienten komme herind, for at De kan gøre Dem bekendt med arten af de vrangforestillinger, der behersker hende.

De hørte, hvorledes hun — i modsætning til den første patient, jeg viste Dem — var ganske overordentlig villig til at udtale sig, og hvor vanskeligt det var at stoppe hende, naar hun først var begyndt. Men selv om det var umuligt at følge hende gennem den labyrint af indskud og afstikkere til tilsyneladende ganske ligegyldige smaabegivenheder, saa fremgik det dog ganske tydeligt af hele hendes fremstilling, at hun sad inde med en hel række vrangforestillinger, overfor hvilke al logik og al modsigelse prellede af, vrangforestillinger, der ganske havde bemægtiget sig hendes forestillingsliv og anvist hende en plads i tilværelsen, der var uden konneks med de virkelige forhold. Den røde traad i hendes fremstilling var den, at hun er et forbyttet adelsbarn, men hvem der egentlig er hendes forældre, ved hun ikke, hun nævner snart navnet paa en, snart paa en anden af vore adelsslægter, og paastaar, at den, der var hendes fader, i udlandet tillige var en berømt opfinder og blev kaldt for Edison. Ganske vist indrømmer hun, at der muligvis er to af dette navn, men i saa fald maa de have været tvillingbrødre, senere paa-

stod hun, at hendes fader har været hofstaldmester i Norge. Hvor hun er født, kan hun ikke bestemt angive, maaske i Grækenland, maaske i Frankrig eller Ægypten, og hvor gammel hun er, ved hun heller ikke, da hun „ikke har sine papirer“. Det er ogsaa grunden til, at hun ikke kender sit rigtige navn, men hun har en ansøgning liggende i justitsministeriet, hvori hun kræver at faa sin daabsattest udleveret fra Jydstrup sogneraad, hvor hendes saakaldte fader var lærer. De hørte, hvorledes hun svælgede i alle sine fornemme slægtninge og bekendtskaber, hvorledes hun paastod, at hun var opdraget sammen med kronprinsessen, og at hertuginden af Cumberland hørte til hendes intimeste omgang. Til tider løb hendes fantasi ganske af med hende, og dette gælder navnlig de beretninger, der beskæftigede sig med tidligere tider og specielt hendes barndom. Hun fortalte saaledes en yderst fantastisk historie om, hvorledes kronprinsen for mange aar siden havde slaaet hende i hovedet, „hvad han heller ikke selv nægter“, og tillagde denne begivenhed en stor og betydningsfuld indflydelse paa sin senere skæbne. Hun fortalte ogsaa, hvorledes en uægte datter af hendes søster havde staaet i forhold til en greve og havde dræbt dennes forlovede, og hvorledes en kammerherreinde af hendes bekendtskab ligeledes paa en mystisk maade var kommet voldsomt af dage. De vil som faste holdepunkter i hendes beretning næsten over alt finde personer og forhold omtalt, der knytter sig til de steder, hvor hun i sit liv har haft sin virksomhed. Trods hendes adelige udspring og fyrstelige omgang, erklærer hun saaledes som en reminiscens fra opholdet paa den sindssygeanstalt, hvor hun var økonoma, at overlægen der er hendes søn.

Men side om side med disse storhedsideer løber der ogsaa forfølgelsesforestillinger. De hørte, hvorledes hun paastod, at hun altid havde været omgivet af „forbrydere og rak“, der havde hævet penge paa hendes virkelige navn; hun mener, at afdelingens plejemoder er med i komplottet,

fordi hun har hørt hende nævne navnet paa en af de personer, der har interesse for hendes vrangforestillinger, og De saa, hvorledes hun reagerede, da jeg opfordrede hende til at foretage nogle regnestykker, og spurgte, om jeg „virkelig vilde være med til de kæltringestreger“ og „spille den komedie“, hun „vilde ikke gøres til patient“, hun „fejlede ikke noget“. Hendes stemningsliv viste sig og har i det hele her paa afdelingen vist sig at være i ligevægt, kun nu og da, naar hendes forfølgelsesforestillinger er stærkt fremtrædende, har hun været vredladen og afvisende.

Hendes orienteringsevne er uskadt, forsaavidt som hun ved, hvor hun er, kender aarstal og dato, ligesom hun heller ikke har vist nogen tilbøjelighed til at mistyde omgivelserne. Hendes skolekundskaber er gode, vel endogsaa bedre, end man efter hendes alder og stand kunde vente sig, og de faktiske oplysninger om familjeforholdene mellem de forskellige adelige personer, hun har tjent hos, viser sig at være rigtige, ligesom ogsaa hendes angivelser af de tidspunkter, hun har tjent de forskellige steder, stemmer overens med familjens angivelser.

Hvis man læser *Kraepelins* fremstilling af det, han i sin psykiatri omtaler under kapitlet: forrykthed, igennem, saa vil denne patients nuværende tilstand ganske svare til akmestadiet af denne lidelse. Der findes hos hende et langsomt opstaaende kronisk forløbende forrykthedssystem, med fuldstændig klarhed og orienteringsevne og førende til en dybtgribende forandring i hele patientens livsanskuelse og en „forrykkelse“ af det standpunkt, patienten indtager til de personer og oplevelser, der møder hende. Ogsaa vrangforestillingernes indhold svarer til dem, *Kraepelin* anser for karakteristisk for forryktheden, idet netop forestillingen om at være et forbyttet adelsbarn, der er bestemt til noget større og højere, særlig hyppigt optræder, ligesom ogsaa sammenblandingen af storheds- og forfølgelsesforestillinger er reglen.

Den form for vrangforestillinger, vor patient frembyder, gik en tid lang for at være karakteristisk for den form af paranoiaen, som *Sander* i 1866 gav den første skildring af, og som han døbte med navnet: *den originære forrykthed,* fordi han mente, at man kunde forfølge dens spor helt tilbage til barnealderen. Og dette gav anledning til, at man som modsætning til den form opstillede en tardiv, der først optraadte i en langt senere alder. *Kraepelin* mener imidlertid, at hans forrykthed trods den rent symptomatiske lighed, der kan være mellem den og den originære, først optræder i alderen fra det 25de til det 40de aar. Og han forklarer den tilsyneladende modsigelse, der nu og da kan fremkomme gennem patienternes beretninger, der ofte fremdrager begivenheder fra deres barndom til støtte for deres falske forestillinger, som erindringsforfalskninger, idet de tillægger begivenheder, som de har oplevet i deres tidligere liv, en mystisk betydning og efterhaanden betragter dem som fingerpeg og varsler om den skæbne, der venter dem. Om man virkelig kan kalde det for erindringsforfalskninger, anser jeg imidlertid for tvivlsomt, jeg synes, det snarere bør opfattes under synspunktet af en retrograd bearbejdelse af deres forrykthedssystem, idet de efterhaanden udvider det til ikke blot at gælde de begivenheder og personer, der møder dem, efter at deres sygdom er brudt ud, men lidt efter lidt erobrer hele bevidsthedsindholdet, og som følge deraf ogsaa bearbejder deres erindringsmateriale ud fra de nye, falske forudsætninger.

Ogsaa hvad forløbet angaar, passer vor patients lidelse godt med *Kraepelins* beskrivelse. Vi ved ganske vist ikke noget bestemt om, hvorledes initialstadiet har vist sig, men vi ved, at sygdommen er begyndt for en halv snes aar siden, og at den allerede da gav anledning til, at en sagkyndig betegnede den som uhelbredelig, og vi ved, at den i de forløbne aar jævnt er vokset til den skikkelse, som De nu saa. I og for sig har jeg intet imod, at det syg-

domsbillede, som *Kraepelin* har udkastet, bliver indrangeret under forryktheden. Det indeholder i virkeligheden alle de karaktertræk, som jeg har nævnt for Dem som karakteristiske for denne lidelse. Hvad jeg derimod synes, der maa opponeres imod, er, at *Kraepelin* under forryktheden alene omhandler sygdomsbilleder af den her beskrevne art samt kværulantforryktheden og erotomanerne, hvorimod han udskiller alle de sygdomsbilleder, der forløber som et *Magnansk* délire chronique, og anbringer dem under den paranoide form af dementia præcox og mener, at de fuldstændig maa adskilles fra paranoiaen.

Hvor stor en forvirring denne opfattelse vil kunne medføre, fremgaar deraf, at medens f. eks. *Friedenreich* stiller den originære paranoia ved siden af *Kraepelins* dementia paranoides og skildrer *Magnans* délire chronique som den typisk forløbende forrykthed, som paranoia completa sive major, saa staar den forrykthedsform, som *Kraepelin* anser for typisk, i adskillige tilfælde den originære paranoia nær, medens han skildrer *Magnans* délire chronique som en af forløbsformerne af dementia paranoides[1]).

Jeg tror ikke, der kan være tvivl om, at *Kraepelin* har uret i sit syn paa dette spørgsmaal. Og hvad der giver ham uret, er netop de to faktorer, som han selv med saa stor veltalenhed og talent har hævdet som de afgørende skillelinjer mellem de forskellige former af psykoserne: forløbet og terminalstadiet. I modsætning til det snigende, næsten umærkeligt voksende initialstadium ved forryktheden, finder vi ved dementia paranoides enten slet intet forløberstadium, eller ogsaa et, der som regel forløber under billedet af en mere eller mindre udtalt melankoli. Og medens ved forryktheden lidelsens udvikling til akme sker jævnt, saa plejer ved dementia paranoides det som oftest

[1]) Jeg har allerede i en tidligere forelæsning gjort opmærksom paa, at der ingen grund er til at fastholde dementia paranoides som en særlig form af dementia præcox. Se p. 115.

korte forløberstadium pludselig at afløses af en mængde brogede og vekslende vrangforestillinger af forskellig art, der ledsages af talrige hallucinationer. Ved den typiske forrykthed hamres vrangforestillingerne møjsommeligt og lidt efter lidt sammen til et urokkeligt system, ved dementia paranoides er de skiftende, og det er rent undtagelsesvis, at man kan tale om en systematisering eller krystallisation. Men ogsaa terminalstadiet er forskelligt ved de to lidelser. Rent bortset fra, at der gives tilfælde af dementia paranoides, der gaar over i helbredelse, en udgang, der er ganske uforenelig med paranoiaens begreb, saa er den demens, hvori dementia paranoides ender, langt dybere, end den, der særtegner forrykthedens slutningsstadium. Og medens patienter med dementia paranoides undertiden i løbet af maaneder, som regel i løbet af et par aar havner i deres demens, gaar der ofte aartier, før sløvheden antager tydeligere former hos de forrykte.

Denne forskel i optrædelsesmaade og forløb giver sig ogsaa i det store flertal af tilfældene et rent symptomatiskt udtryk, saa at man i en stor række tilfælde ikke er i tvivl om, hvor vidt man staar overfor en forrykthed eller en dementia paranoides. Det er jo reglen, at jo mere akut en psykose sætter ind, og jo hurtigere den lægger hjærnebarken øde, desto voldsommere og mere diffust reagerer patienten. Medens ved forryktheden patienten som regel selv under sygdommens akme er fuldstændig orienteret i sine egne forhold og hans sensorium frit, saa er det ikke sjældent ved dementia paranoides, at man konstaterer en større eller mindre grad af desorienterthed og en mer eller mindre udtalt omtaaget bevidsthed. Medens derfor patienter med dementia paranoides selv for den læge iagttager straks præsenterer sig som psykisk abnorm, saa hænder det ikke sjældent ved forryktheden, at der kræves den nøjeste observation og det fineste kendskab til alle de ubetydelige afvigelser i adfærd og optræden, der særtegner disse pati-

enter, før man tør afsige sin dom om hans psykisk abnorme tilstand.

Det har ogsaa forbavset mig at se *Kraepelin* paastaa, at hallucinationer er sjældne ved den egentlige forrykthed. Det hænder ganske vist, at en forrykthed, tilsyneladende i alt fald, forløber, uden at hallucinationer spiller nogen fremtrædende rolle, skønt det ingenlunde derfor er berettiget at nægte deres tilstedeværelse, da disse patienter har en saa fremtrædende evne til at skjule deres falske sanseindtryk. Men som regel spiller baade hørelses- og navnlig følelseshallucinationer en betydelig rolle ved den typiske forrykthed og er sikkert meget væsentlige faktorer ved udformningen og konsolideringen af disse patienters vrangforestillinger.

Der er derfor ingen grund til at forlade det grundlag for forrykthedslæren, som *Magnan* har givet os, selv om man ikke alt for apodiktisk behøver at fastholde de stadier og de mere akcessoriske kriterier for paranoiaens opstaaen, som han har angivet.

FORRYKTHEDEN II.

MINE damer og herrer! De ved, at afdelingen her kun er bestemt til at være det rent midlertidige opholdssted for de sindssyge patienter, den huser. Kommer de sig ikke i løbet af nogle uger, vil de som regel blive ført videre til Sct. Hans hospital, og andre vil indtage deres plads. Denne stadige skiften, denne evige strøm af patienter, der rejser, og patienter, der kommer, har baade sin charme og sine skyggesider. Den hjælper til ved de stadig tilbagevendende nye impulser at holde den interesserede iagttager vaagen og i aande, den stiller os ved sine aldrig hvilende krav om hurtig indgriben og beslutsomhed dag ud og dag ind overfor vanskeligheder, som den læge, der lever sit liv paa en sindssygeanstalt, slet ikke kender. Men paa den anden side udelukker den ogsaa den inderlige fordyben sig i det enkelte tilfælde og det nøje og indgaaende studium af hver enkelt patients psykiske personlighed og den lejlighed til at følge symptomernes og sygdommens forløb og afslutning, som alene livet paa anstalterne aabner muligheden for. For mange af de kronisk forløbende psykoser, der ofte kan vare en menneskealder og mere, er ét par uger jo kun som een dag, og vi er derfor her inde — vor større teoretiske og kliniske viden ufortalt — ikke stillet synderlig gunstigere overfor bedømmelsen af den psykiske tilstandsform, vi staar overfor, end den almindelige, praktiserende læge.

Men den omstændighed, at afdelingen ligger livets kamplinje saa nær, fører med sig, at alle de kombattanter, hvis lidelse er rent transitorisk, aldrig naar længere end til os, men, saasnart deres saar er helede, atter sendes tilbage til valpladsen. Vi har derfor lejlighed til at iagttage et usædvanlig stort antal af de mest akut forløbende psykoser, og ikke alene de, der opstaar paa toksisk og infektiøst grundlag, eller som viser sig som udtryk for de store neuroser, hysterien og epilepsien, men ogsaa saadanne, der danner et af leddene i en manio-depressiv psykose eller et af de mere stormfulde anfald i forløbet af en dementia præcox, og endelig saadanne, hvis afgrænsning og plads i systemet ikke er fastslaaet endnu.

Det er disse to faktorer, den korte observationstid af de kronisk forløbende psykoser, der kun som meteorer krydser afdelingen, men hvis bane iøvrigt forløber dels ude i livet, dels indenfor sindssygeanstalternes mure, og de mange akut forløbende, undertiden ganske transitoriske psykiske forstyrrelser, — der giver en afdeling som denne sit fysiognomi.

Og lad mig i tilslutning til de patienter med kronisk forrykthed, jeg sidste gang viste Dem, og inden jeg gaar over til at demonstrere de patienter, der skulde supplere dette sygdomsbillede, omtale et par forhold ved *diagnosen af den begyndende forrykthed.*

De hørte, at den kroniske forrykthed i et stort antal tilfælde begyndte med et initialstadium, der karakteriseredes derved, at patienten samtidig med, at der opstaar en række hypokondert farvede eller neurasteniske fænomener, føler sit forhold til omgivelserne forandret. Han føler sig utryg og urolig, tillægger ganske naturlige og dagligdags fænomener en skjult og mystisk betydning, mener, at folk fikserer ham paa en mistænksom maade, vender sig om efter ham paa gaden, skumler over ham i krogene og snart aabenlyst, snart mere indirekte viser ham den foragt, de nærer for

ham. De maa imidlertid ikke tro, at dette inkubationsstadium er noget for forryktheden karakteristiskt. Man finder dette „Beobachtungswahn“, denne „période d'inquiétude“ lige saa udtalt ved en række andre psykoser, baade ved depressionerne, i initialstadiet til dementia præcox eller de forskellige alkoholiske psykoser, lige som det ogsaa kan findes baade ved den senile demens og dementia paralytica. Det hænder ogsaa, at patienter, der lider af genuin epilepsi, nogle dage før anfaldet, frembyder psykiske symptomer, der kan frembyde en høj grad af lighed med paranoiaens inkubationsstadium, ligesom ogsaa patienter med obsessioner eller andre lettere grader af degenerative psykiske forstyrrelser til forskellige tider og med kortere eller længere mellemrum kan frembyde et lignende sygdomsbillede. Det er vel endogsaa et spørgsmaal, om de tilfælde, hvor dette begyndelsesstadium *observeres,* ikke nok saa hyppigt hører andre steder hen i systemet end under forryktheden. Som regel søger paranoikeren at skjule sine symptomer, og da han altid mangler sygdomserkendelse, idet han søger aarsagen til den forandring, der er sket i hans forhold til omverdenen, uden for sig selv, saa er det ofte først i sygdommens senere stadium, hvor forfølgelsesforestillingerne har antaget fastere form, og naar patienten begynder at foretage aggressive skridt og derfor tvinges til at underkaste sig lægebehandling, at man gennem hans egen eller familjens beretning kommer under vejr med initialstadiets tilstedeværelse.

I differentialdiagnostisk henseende vil i en del af tilfældene patientens *sygdomserkendelse* være Dem til stor hjælp. De vil saaledes i de tilfælde, hvor patienten, som det nu og da hænder, selv melder sig her paa hospitalet, fordi han føler, at den uro og ængstelse, der piner ham, skyldes en sygelig tilstand hos ham selv, gaa ud fra, at det ikke er initialstadiet til en forrykthed, De staar overfor. Paranoikerne søger andre steder hen end til hospitalet, naar

de søger hjælp for deres sygelige symptomer, det er politistationerne, ministerierne eller private, indflydelsesrige mennesker, de tyr til for at søge beskyttelse. Hvis en paranoiker af egen fri vilje søger lægehjælp, saa er det ikke hans psykiske symptomer, der driver ham til det, men de hypokondre, neurasteniske symptomer. Ogsaa overfor *obsessionerne* spiller sygdomserkendelsen en stor differentialdiagnostisk rolle, idet disse patienter jo saa godt som altid har en meget tydelig forestilling om deres symptomers sygelige oprindelse og meget ofte paa det mest energiske søger at bekæmpe dem, som regel vil den angst, der ledsager symptomerne, yderligere hjælpe Dem til diagnosen. Men sygdomserkendelsen spiller kun en diagnostisk rolle, naar den er til stede. Den manglende sygdomserkendelse er derimod ganske værdiløs som diagnostisk skælnemærke og findes meget almindelig ved melankolien, kun at den dér som regel giver sig et andet udtryk end ved paranoiaen. Ved den senile demens og ved dementia paralytica vil dels de somatiske symptomer, dels patientens alder og den tilstedeværende demens kunne hjælpe Dem ud over vanskelighederne.

De lidelser, der her paa afdelingen hyppigst giver anledning til differentialdiagnostiske vanskeligheder, er den kroniske alkoholisme, melankolien og dementia præcox. Det er ikke helt sjældent som kortere eller længere varende forløbsstadium til et *delirium tremens* at finde en psykisk tilstand, der karakteriseres ved de symptomer, der findes i paranoiaens inkubationsstadium. Hvad der skal hjælpe Dem til diagnosen, er dels de somatiske tegn paa kronisk alkoholisme, der næsten altid findes hos disse patienter, dels den navnlig om natten paroxysmevis opstaaende stærkere ængstelse, der ofte ledsages af en let uklarhed, agilitet og enkelte hallucinationer, navnlig paa synet. Imidlertid efterfølges disse prodromer ikke altid af det alkoholiske delirium, men nu og da svinder de efter nogle dages

ophold paa afdelingen. Disse symptomer har da kun været det første memento, det rent forbigaaende udtryk for, at patientens hjærne protesterer mod det kvantum alkohol, der daglig tilføres den, den første advarsel, der desværre som regel ikke tages til følge, og som i mange tilfælde efterfølges af de storme, som et delirium tremens eller de ekklamptiske anfald repræsenterer. Men endnu vanskeligere stiller sagen sig i de tilfælde, hvor de somatiske symptomer paa alkoholismen er mindre fremtrædende, og hvor spørgsmaalet om initialsymptomernes betydning ikke lader sig afgøre i løbet af nogle dage, fordi de danner indledningsstadiet til en *alkoholisk paranoia.* Jeg skal ved en anden lejlighed vise Dem en patient med denne form for forrykthed og dér gøre rede for, hvilke holdepunkter der kan være Dem behjælpelig ved fastsættelsen af differentialdiagnosen[1]).

Naar man læser de forskellige afhandlinger og haandbøger igennem, skulde man tro, at differentialdiagnosen mellem forryktheden og *melankolien* ingen større vanskeligheder kunde volde. Dette gælder ogsaa for det store flertal af tilfælde, hvor disse psykoser præsenterer sig i deres fuldtudviklede skikkelse, men i begyndelsesstadiet kan vanskelighederne i virkeligheden nu og da være uoverstigelige. Her gælder de symptomer, der ellers sætter skæl imellem de to lidelser, ikke. Spørgsmaalet om, hvor vidt patienten optræder som den anklagende eller anklagede, kan i mange tilfælde slet ikke besvares, fordi han paa det tidspunkt endnu ikke har gjort sig aarsagerne til sit forandrede forhold til omgivelserne klar; heller ikke den psykiske hemning, der, hvis den med bestemthed kan konstateres, vil støtte diagnosen melankoli, kan i alle tilfælde afgøre sagen, fordi den indesluttethed og skyhed, den ubeslutsomhed og svigtende arbejdsevne, der saa ofte findes i forrykthedens inkubationsstadium, selv for den øvede iagttager ikke er til at skælne fra den depressive hemning,

1) se p. 256.

og i adskillige tilfælde af depression forholder patienten sig i høj grad reserveret og mistroisk overfor omgivelserne, medens paa den anden side den forrykte, der plages og pines af alt det uforklarlige og uvante, der foregaar om ham, kan reagere med en affekt, der i alt fald for en tid kan laane melankoliens billede.

Jeg skal ganske kort referere et tilfælde, som jeg for et aars tid siden behandlede ude i byen, og hvor jeg en tid lang stod usikker overfor diagnosen melankoli eller forrykthed. Det drejede sig om en ugift dame i begyndelsen af fyrrerne. Hendes søster havde i sin ungdom haft en kortvarig melankoli, men til at begynde med paastod patienten, at hun selv aldrig tidligere havde været syg. Hun klagede i den første tid udelukkende over trykken, spænden og susen i hovedet, havde fornemmelsen af, at der fra nakken rislede en kold strøm ned langs ryggen, over smærter og snurrende fornemmelser over lænden og ned i underekstremiteterne, over blodopstigninger til hovedet og oppressionsfornemmelser. Men lidt efter lidt betroede hun mig, at hun i de sidste maaneder havde opdaget en paafaldende forandring i sine omgivelsers opførsel imod sig. Hun mødte ikke mere den venlighed paa det kontor, hvor hun var ansat, som hun plejede, det øvrige personale trak sig tilbage fra hende; samtalen standsede, naar hun viste sig, og et par gange havde hun set, hvorledes et par af de unge piger rødmede og blev forvirrede, da hun kom ind. Hun havde ogsaa lagt mærke til, at folk saa underligt paa hende paa gaden, at hendes bekendte undgik at hilse hende og skraaede over paa den anden side af gaden, naar de saa hende i det fjærne. Hun var til tider en del deprimeret og græd over sin isolerede stilling, men der fandtes hos hende ingen vrangforestillinger, hun konstaterede kun fakta, men følte sig ude af stand til at forklare sig omgivelsernes forandrede opførsel. Denne tilstand holdt sig omtrent uforandret i to maaneder, saa

opstod der ret pludselig — i løbet af knap en uge — en forandring i tilstanden. Hun blev mere grædende, vilde ikke spise ordentlig, følte en uforklarlig indre uro og sad smaaklynkende op i sengen og rokkede. Og samtidig opstod der en hel række melankolske vrangforestillinger. Hun havde forspildt sit liv, var den største synder for Gud og mennesker, det var hendes skyld, at søsteren var blevet sindssyg, hun fortjente ikke bedre end at dø. Og da jeg samtidig fik at vide, at hun en gang tidligere for 12 aar siden havde haft en forbigaaende lettere depression, var der jo ikke længere tvivl om, at det drejede sig om en recidiverende melankoli, hvad det senere forløb ogsaa har berigtiget. Men jeg tror ikke, det var muligt i den første tid at stille nogen eksakt diagnose.

Der er derfor god grund til at advare Dem imod, naar De staar overfor en patient, der frembyder symptomer, der svarer til dem, man ofte ser ved en begyndende forrykthed, da straks at stille denne diagnose. De maa huske paa, at det at sætte uhelbredelighedens sorte stempel paa en patient kan drage baade sociale og økonomiske følger efter sig, hvis rækkevide og betydning De i øjeblikket slet ikke kan overse. Og det vil kun være en daarlig undskyldning for Dem og en ringe trøst for Deres patient og hans paarørende, at de symptomer, der forelaa, i mange tilfælde er indledningen til en uhelbredelig psykose. Det er tidsnok at fælde dommen, naar forløbet gør sagen klar.

Men selv senere hen i forrykthedens forløb er det ikke altid let af den psykiske tilstandsform, patienten i øjeblikket frembyder, sammenholdt med den saa ofte uklare og misvisende anamnese, som patientens paarørende stiller til vor raadighed, at stille diagnosen. Rent bortset fra, at der forekommer tilfælde, hvor udtalte melankolske vrangforestillinger findes kombinerede med forfølgelsesforestillinger, hvis opstaaelsesmaade og art skuffende ligner dem, der forekommer i den kroniske paranoia, tilfælde, som fransk-

mændene har døbt med navnet les *persécutés autoaccusateurs,* saa findes der andre, hvor der i forløbet af en kronisk paranoia interkurrent kan opstaa en tilstand, hvor patienten ligesom bukker under for al den ondskab, der drives imod ham, og hvor han, der ellers har vist sig som den haardhudede, overlegne og afvisende, resigneret synker sammen, bliver fortvivlet og endogsaa diskuterer muligheden af, om al den ulykke, der taarner sig op omkring ham, ikke er vel forskyldt og en berettiget straf for alle de synder, han tidligere i livet har begaaet.

De vil forstaa, hvor store vanskeligheder saadanne patienter kan berede os, naar vi ikke har fyldige og paalidelige anamnestiske oplysninger, og hvor ringe en trøst, det er at vide, at forløbet og terminalstadiet i mange tilfælde vil bringe gaadens løsning. Og hvis det var psykiatrikere af faget, jeg talte for, var der maaske ikke saa megen grund til at fremhæve disse i diagnostisk henseende usikkre tilfælde, enhver sindssygelæge vil — hvor stor hans erfaring og hvor indgaaende hans kliniske undersøgelse ogsaa er — stadig støde paa patienter, for hvis tilfælde han finder det vanskeligt at finde den rette plads i systemet. Men overfor praktiserende læger, hvis kendskab til psykoserne jo som regel er af mere literær natur, synes jeg, der er mindst ligesaa megen grund til at fremhæve de ikke faa tilfælde, hvor bedømmelsen af patienternes rent øjeblikkelige psykiske tilstand ikke tillader os at stille en bestemt diagnose, som der er til at understrege de psykiske og somatiske symptomer, der, naar de er til stede, tillader os at stille en eksakt diagnose og dermed en i alt fald approksimativ prognose for sygdommens forløb og udgang. Og hvad der yderligere gør dette nødvendigt, er, at den praktiserende læge som oftest ser patienten i det akute stadium af sygdommen, det vil sige paa et tidspunkt, hvor mange af psykoserne viser sig med saa polymorfe symptomer, at det er yderst vanskeligt gennem det brogede og

sammensatte sygdomsbillede at naa ind til det dominerende og for sygdommens forløb afgørende.

Jeg skal senere komme ind paa de store vanskeligheder, som differentialdiagnosen mellem den kroniske forrykthed og visse former af dementia præcox kan berede os. Den tid, der i dag er tilovers, vil jeg benytte til at vise Dem en form af kronisk forrykthed, som selv af *Kraepelin* anerkendes som en underklasse af paranoiaen,

Den 50aarige frøken, som De her ser, hører til en i høj grad psykopatisk familje. Moderen og et par af moderens søskende har været sindssyge. En broder til patienten er sindssyg, en anden har taget livet af sig under et anfald af sindssyge, og en tredje har ligget her i pav. I og er senere død af en apoplexia cerebri. Hun selv skal altid have været noget egenraadig og sær, har saaledes indtil for fem aar siden tjent sit brød iblandt fremmede, skønt familjen ikke ønskede det, og hun ikke var nødt til det. Men udover dette for et uhildet øje ikke særlig patologiske træk har familjen ikke observeret noget abnormt hos hende før for et aar siden, samtidig med at klimakteriet indtraadte.

De vil maaske være tilbøjelig til at tro, at naar medlemmer af en familje, hvor der er forefaldet saa mange tilfælde af sindssygdom, intet abnormt har iagttaget, saa ligger der heri en garanti for, at patienten virkelig har været rask. Dette er imidlertid langt fra tilfældet. Man finder ofte hos de sunde eller relativt sunde medlemmer af sindssyge slægter en ganske paafaldende mangel paa forstaaelse af psykopatologiske tilfælde og en ualmindelig ringe observationsevne, en trang til at bortforklare og besmykke de faktiske forhold, der maaske for en del har sin grund i, at de vil skyde afgørelsen ud saa længe som muligt og belært af bitter erfaring helst vil lukke øjnene til, men som maaske ogsaa bunder i, at den

sammenlignende index, som det daglige samliv med en psykopatisk familje giver dem, har bragt en vis forskydning i deres opfattelse af, hvad der er patologisk og hvad ikke, saa at de ikke vurderer de mindre afvigelser fra normen efter deres betydning.

For et aar siden begyndte patienten at tale om, at familjens huslæge var forelsket i hende. Hun gav sig til at skrive breve til ham, breve, som hun dog ikke sendte afsted. Hun sad i timevis paa hans trappe og ventede paa ham, og forhindrede man hende heri, gik hun hjem, satte sig ved entrédøren, fast overbevist om, at han snart vilde komme. Naar man forsøgte paa at fjærne hende, protesterede hun paa det hæftigste, bebrejdede familjen, at den vilde forhindre hende i at opnaa den lykke, som hun havde de tydeligste beviser for ventede hende. Da hun blev mere og mere indesluttet og grædende, sad største delen af dagen og stirrede ud i luften, kun spiste lidt og sov daarligt, blev hun for et par uger siden indlagt her.

De ser nu denne lille, spinkelt byggede og magre dame, der, saa snart hun kommer ind ad døren, lader sine øjne søgende glide hen over de tilstedeværende. Hun er i en næsten stadig, stundesløs, rastløs bevægelse, sætter hun sig et øjeblik, rejser hun sig straks igen og gaar op og ned ad gulvet, smaaklynkende med et uroligt, sørgmodigt udtryk i ansigtet. Taler man til hende, svarer hun lavmælt og med saa faa ord som muligt, men hendes svar viser, at hun er fuldstændig orienteret baade i tiden og sine egne forhold, hendes sensorium er fuldstændig frit, hendes hukommelse er usvækket, og at hun meget godt forstaar at beherske sine vrangforestillinger, viser et brev, som hun for et par dage siden skrev til sin broder, hvori hun aldeles ikke omtaler de tanker, der stadig beskæftiger hende, og i ganske klogt formulerede vendinger beder om at komme hjem og lover, at hun i saa fald skal forholde sig fuldstændig rolig.

Her paa afdelingen har hendes væsen været præget af

samme forventningsfulde uro og spænding, som De nu ser, kun at den flere gange har antaget endnu mere udtryksfulde skikkelser. Hun forlader dagen igennem sit værelse, gaar lyttende og spejdende omkring paa gangen, kiger ind i de andre værelser og ser søgende om bag døren. Om natten sover hun kun daarligt, holder sig med vilje vaagen, fordi hun er „bange for at der skal gaa noget fra hende“. Til andre tider kan man træffe hende grædende og fortvivlet, ulykkelig over at være her eller opbragt paa familjen paa grund af dens mangel paa forstaaelse af og ondskab imod hende.

Hvis vi alene fæstede os ved dette rent ydre habitus hos patienten, saa tror jeg, De vil indrømme mig, at det billede, hun rent umiddelbart frembyder, har mange lighedspunkter med melankolien. Men i patientens vrangforestillinger er der intet, der minder om denne psykose. Naar man beskæftiger sig nærmere med hende, viser det sig, at den forestilling, at familjens huslæge skulde være indtaget i hende, efterhaanden er skudt mere og mere i baggrunden, idet hans plads er blevet indtaget af en ung mand, som hun to gange har mødt paa sine spasereture i skoven, og som hun stadig venter paa skal komme at hente hende, skønt hun aldeles intet kender til ham. Det er ham, hun gaar og søger efter her paa afdelingen, hun hører nu og da hans stemme, vilde forleden dag ikke op fra haven, fordi „en“ havde sagt til hende, at hun „skulde blive siddende og vente“, og da man endelig fik hende til at gaa med, vilde hun absolut op paa loftet, hvor hun om morgenen havde hørt baade vedkommende og familjen rumstere. Hun hører, hvorledes han opfordrer hende til at være udholdende og standhaftig, saa skal han nok hjælpe hende.

Søger man nu hos vor patient at faa at vide, hvorpaa hun bygger sin erklæring om, at denne unge mand elsker hende, saa forsikkrer hun ganske vist, at hun har talrige

„tydelige beviser“ derpaa, men trænger man nærmere ind paa hende, for at faa konkrete beviser i hænde, saa opløser disse sig til ganske betydningsløse begivenheder eller aabenbare falsa. Hvad hun imidlertid særlig hænger sig i og anser for et usvigeligt tegn paa den unge mands hensigter, er det „uudsigelig udtryksfulde blik“, hvormed han saa paa hende, da han gik forbi hende, et blik, som hun ikke mener, det var muligt „at tage fejl af“. Dette vage, ubestemte i det reelle grundlag for patientens vrangforestillinger er i høj grad karakteristisk. Det er næsten altid i ganske dagligdags eller ligegyldige smaabegivenheder, disse patienter henter deres motiveringer; undertiden er det avertissementer i bladene, undertiden en ganske intetsigende bemærkning af tredjemand, undertiden, som *Kraepelin* nævner et eksempel paa, i duernes flugt, at de lægger et mystiskt, men betydningsfuldt bud fra den elskede. Men ogsaa i en anden henseende er vor patient typisk. Hendes kærlighed er nemlig ganske platonisk. Hun siger ganske vist, at hun en gang i forbifarten har vekslet et par ord med den unge mand, og paastaar, at han har sagt, at han „nok skal hjælpe hende, hvis hun vil hjælpe ham“, men da hun jo her paa afdelingen har vist sig hallucineret, er det rimeligt at antage, at denne ganske løsrevne og uforstaaelige yttring skyldes denne aarsag. Men iøvrigt har hun aldrig haft og aldrig søgt at komme i nogen nærmere forbindelse med ham, og hendes forhold til familjens huslæge har jo ogsaa indskrænket sig til en ganske passiv venten. Det er imidlertid ikke altid tilfældet, at patienter med paranoia erotica, selv om deres kærlighed er platonisk — hvad den næsten altid er — forholder sig afventende. Adskillige af dem er endogsaa meget aktive, trænger sig ind i den elskedes lejlighed, bombarderer ham med breve og kan ved den aabenhed og ugenerthed, hvormed de omtaler deres forhold til ham og dokumenterer deres paastande med deres „urokkelige og sikkre beviser“ være i

højj grad besværlige og nu og da komme til at skandalisere ham paa en meget følelig maade, og det er derfor heldigt, at erotomanerne, som *Esquirol* kalder dem, er sjældne fugle.

Der er imidlertid et forhold ved vor patients vrangforestillinger, der kun sjældent findes ved denne form for forryktheden, og det er, at genstanden for hendes følelser har skiftet. Det plejer ikke at være tilfældet med erotomanerne. Den mand, de har fæstet deres øjne paa, hænger de ved med en trofasthed og ihærdighed, der ikke lader sig svække eller aflede, trods den mest aabenbare kulde og tydeligste ligegyldighed, fordi de søger deres næring fra patienten selv, fra hendes mistydninger og forvrængninger af, hvad der foregaar omkring hende. Jeg mener dog, at, da vor patients sygdomsbillede iøvrigt er typisk, denne afvigelse fra reglen, som ogsaa er iagttaget hos andre patienter med denne lidelse, ikke kan gøre noget skaar i vor diagnoses rigtighed[1]).

Den depression, der fandtes hos vor patient, viser sig altsaa at være, hvad man har kaldt for sekundær, idet den optræder som en vel motiveret reaktion paa de vrangforestillinger, der behersker hende. Det har derfor i lang tid været almindeligt at opstille paranoiaen som den sygdom, hvor forestillingslivet er primært angrebet, og hvor stemningslivet først sekundært bliver modificeret, op som modsætning til de psykoser, hvor man — som ved melankolien og manien — mente, at stemningsanomalien var det primære og vrangforestillinger kun at opfatte som patientens forsøg paa at forklare sig den forandring, der var foregaaet i deres stemningsliv. Skønt det nu sikkert ikke lader sig nægte, at *Jolly* kan have ret, naar han paastaar,

1) Patienten blev overflyttet til St. Hans hospital, hvor hun var i 2 aar, hvorpaa hun blev anbragt hos sin familje paa landet. Ved afrejsen fra St. Hans hospital „var hun fremdeles stærkt betaget af sine vrangforestillinger“.

at en saadan adskillelse i virkeligheden er rent teoretisk, og selv om *Linke* (Allg. Zeitschr. f. Psykiatr. 1892) muligvis har ret, naar han paastaar, at enhver forandring i forestillingslivet forudsætter en primær affekt, saa kan der dog ikke være nogen tvivl om, at praktisk set kan det være af stor diagnostisk betydning, hvis man, saaledes som hos vor patient, med bestemthed kan paavise stemningsanomaliens afhængighed af og naturlige udspring fra vrangforestillingerne. I mange tilfælde af paranoia lader dette afhængighedsforhold sig let demonstrere, men i andre ligger sagen, saaledes som jeg før omtalte for Dem, ikke saa klart for dagen.

Lad mig benytte lejligheden til at vise Dem en anden patient med samme sygdom, men i et saa fremskredet stadium, at den affekt, der ledsager hendes vrangforestillinger, er ganske afbleget, og hendes hele væsen, skønt hun kom ind paa afdelingen uden oplysninger af nogen art, bar ganske umiskendelig præg af, at man stod overfor en mangeaarig sindssyg.

Patienten er en 46aarig fraskilt kone, om hvis familje og antecedentia vi intet har kunnet faa oplyst, og hvad hun selv meddeler, er saa upaalideligt eller i alt fald saa farvet og paavirket af hendes vrangforestillinger, at det ikke er muligt at finde vej i det kaos af opfundne eller omdigtede tildragelser, hun debiterer. De ser, der er ikke antydning af den depression eller uro, der beherskede den foregaaende patient. Hun staar plantet bred og selvsikker med frejdig holdning og ser én lige ind i øjnene som den, der føler, at hun staar paa sin gode ret og er rede til at forsvare den. Og det er heller ikke vanskeligt at faa hende til at udtale sig. De hører, hvorledes hun paastaar, at en pastor Petersen har lovet at gifte sig med hende, hvorledes det er hendes skyld, at han har faaet kald, „hun skrev paa et stort stykke papir indflettet med salmevers og bibelsprog og skaffede ham derved en er-

statning paa 300 kroner for 6×5 dages vand og brød og 400 kroner i æresoprejsning og ordenstegn fra kongen". Det er ikke ganske klart, hvorfor pastoren har haft hendes hjælp nødig, men det er rimeligt, at det staar i forbindelse med den omstændighed, at hun — som hun selv meddeler — for fire aar siden kom „i lag med sædelighedspolitiet", fordi hun havde skrevet i avisen om et laan, og denne opfattelse styrkes ved, at en af de vendinger, der hyppigst kommer igen i hendes tale, er den „at pastor Petersen har optaget hende som sin kone for sædelighedspolitiet". Hun udbreder sig ogsaa med stor vidtløftighed om pastorens store og udmærkede egenskaber, paastaar „han har en dejlig sangstemme, 1ste klasses" og „messer storartet for alteret". Derimod har hun kun en meget vag forestilling om hans person, er ganske ude af stand til at angive selv de mest iøjnefaldende træk af hans ydre, og aner ikke, hverken hvad hans fornavn er, eller hvor han bor. At manden er gift, rører hende aldeles ikke. Han skal have sagt til hende, at hans kone var i omstændigheder, men „ikke kunde gaa det igennem", og hun er gaaet ind paa at sove i pigeværelset, men naar konen er død, skal hun sove hos pastoren. „Det er en politisag og ikke en kaffekandesag". Og nærer man nogen tvivl om, at sagen forholder sig, som hun siger, smiler hun haanligt, og erklærer, at hun og pastoren „har lovet hinanden ægteskab haand i haand", at hun har lovet at være god imod hans børn, og at pastor Zeuthen har lyst for dem 3 gange, dog maa hun indrømme, at det for hendes vedkommende ikke var under hendes rigtige navn, men under et, som pastor Petersen havde bedt hende om at antage. Hun paastaar, at det er pastoren, der har lokket hende herind og faaet hende til at sige sit arbejde op, og at han har lovet at forsørge hende fra d. 18de april. Hun siger ogsaa, at politiet hele vinteren igennem har fulgt hende i kirken, uden at det dog vides, om hun, som saa mange andre

patienter af denne art, har vakt opsigt eller endog gjort skandale ved sin opførsel eller sine afbrydelser af prædikenen.

Om diagnosen af denne patients sygdom, kan der jo næppe rejses nogen tvivl. Men jeg vil dog gøre Dem opmærksom paa det urokkelige i hendes vrangforestillinger og den overbærende selvsikkerhed, hvormed hun afviser enhver indvending, dels paa hendes fuldstændige mangel paa sygdomserkendelse og det overordentlig løse eller rettere sagt den fuldstændige mangel paa faktiske holdepunkter for hendes paastande, og endelig paa den monotoni, hvormed hun fremfører sine vrangforestillinger. Paa afdelingen gaar hun som regel stille omkring, gør sig — som det saa ofte er tilfældet med forrykte patienter, selv med dem af dem, der er plaget af hallucinationer — nyttig paa mange maader, er flittig og hjælpsom. Men saa snart man trykker paa den knap, der fører ind til hendes vrangforestillinger, giver hendes tales strøm sig til at flyde, og hun sætter alt fra sig for at fordybe sig i den. Men hendes maade at fremsætte sine falske forestillinger paa, er fuldstændig lidenskabsløs, hun taler og taler, og dag ud og dag ind er det de samme vendinger og de samme ord, hun gør brug af. Hun har endogsaa lagt sig et vist syngende tonefald til, som var det en lektie, hun havde lært udenad, og man har indtrykket af, at vækkede man hende om natten, vilde hun kunne aflire sin lektie i et aandedrag uden at tage et ord fejl. Det er navnlig denne monotoni og uproduktivitet, der røber demensen, og vi har da ogsaa faaet at vide, at patienten har været sindssyg i mange aar.

Jeg sagde Dem før, at *Kraepelin* regnede denne form af forryktheden med under det sygdomsbillede, han har skildret under denne betegnelse. De fleste andre forfattere regner paranoia erotica med til de degenerative former af forryktheden, saaledes afhandler *Magnan* den under sit délire des dégénerés, *Friedenreich* nævner den under paranoia

minor og *Pontoppidan* under de uregelrette forrykthedsformer. Det kan nu ikke nægtes, at der er mange berøringspunkter mellem disse psykoser og den typiske forrykthed, det snigende og ofte ganske umærkelige i vrangforestillingernes opstaaen, den urokkelighed, hvormed de fastholdes, den store rolle, som mistydningen af de mest dagligdags og intetsigende begivenheder spiller ved konsolideringen af patienternes vrangsystem, den rent sekundært betingede reaktive affekt, der gør sig gældende paa stemningslivets omraade, den fuldstændige mangel paa sygdomserkendelse og den lette demens, der giver sig udtryk i den monotone stereotypi i produktionen af vrangforestillingerne, er alt sammen noget, der genfindes i den typiske forrykthed. Og da disse patienter saa godt som altid er uhelbredelige, forekommer *Kraepelins* opfattelse mig vel begrundet, saa meget mere, som sygdommen udelukkende opstaar i en sen alder.

Den tredje patient, jeg tænkte at vise Dem idag, kommer jeg paa grund af den fremrykkede tid til at vente med til næste gang.

FORRYKTHEDEN III.

MINE damer og herrer! Jeg sagde Dem i en af de foregaaende timer, at *Magnan* i sin lære om forryktheden lod den sjælelige degeneration være det tegn, der dannede skisma mellem den kronisk uhelbredelige form for forryktheden og de mere akut forløbende, helbredelige former. Hvor let det nu ogsaa kan være for enhver sindssygelæge at anføre eksempler paa patienter, hvis tidligere liv med al ønskelig tydelighed frembyder tegn paa den uligevægtighed og disharmoni i de psykiske funktioner, der kendetegner degenerationen, og hvor let det vil være hos disse patienter at paapege de psykiske stigmata degenerationis, der giver sig udtryk i umotiveret angst, i tvangstanker og tvangshandlinger, i impulsive, uoverlagte handlinger og stemningsudbrud, og hvor man enten mere snigende, men som regel ganske pludselig ser en psykose bryde ud, der rummer mange af forrykthedens rent symptomatologiske kendetegn, men som efter kortere eller længere tids forløb atter svinder, saa er der dog andre tilfælde, hvor psykosen trods den degenerative baggrund, paa hvilken den opstaar, og trods sin optrædelsesmaade og det ofte lidet konsoliderede i vrangforestillingernes systematisering dog antager et kroniskt forløb og ender i sekundær demens.

Det har lige, siden psykiatrien blev sig selv bevidst som en ligestillet faktor med den kliniske medicins øvrige discipliner, altid voldt den største vanskelighed at faa disse

uregerette former af forryktheden anbragt. Mange af dem blev i tidligere tid indrangeret under manierne, melankolierne eller de forskellige former af monomani. I begyndelsen af min studietid, da den akute hallucinatoriske forvirring, eller som *Meynert* kaldte det, amentia, havde bredt sig ganske uforholdsmæssigt stærkt, blev en stor del af de degenerative paranoiaformer indrangeret under denne rubrik, hvad De blandt andet kan overbevise Dem om ved at gennemlæse *Arne Poulsens*[1]) doktordisputats, hvor der findes flere sygehistorier, der af *Magnan* med rette vilde blive henført til hans délires des dégénérés. Og det samme gælder om flere af de patienter, som *Wimmer*[2]) har samlet under betegnelsen den evolutive paranoia. Stridspunktet indenfor paranoiaspørgsmaalet har altid drejet sig om berettigelsen til at opstille en *akut paranoia* som særlig sygdomsform.

Det er *Westphal*[3]), der i 1878 først skildrede en akut forløbende form for paranoiaen, og mange senere forfattere, som f. eks. *Wille*[4]), *Serbski*[5]) og *Werner*[6]), har sluttet sig til ham. Ogsaa *Ziehen* opstiller i sin lærebog flere former af akut paranoia, og han gaar endog saa vidt, at han opfatter delirium tremens som en af formerne for sin akute hallucinatoriske paranoia. Men andre forfattere, som f. eks. *Krafft-Ebing,* og her hjemme *Pontoppidan*, har altid med bestemthed hævdet, at der i begrebet paranoia var indesluttet forestillingen om en kronisk forløbende, uhelbredelig psykose. De akute former indbefatter *Krafft-Ebing* under betegnelsen Wahnsinn, og *Pontoppidan,* der følger *Magnans* fremstilling, samler under sin uregelrette forrykthed alle de akut forløbende helbredelige former. Hvad *Kraepelin* angaar, saa har hans standpunkt overfor disse paranoide til-

---

[1]) Studier over den primære idiopatiske amentia. Kbhvn. 1896.

[2]) Evolutiv paranoia. Kbhvn. 1903.

[3]) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1878, p. 252.

[4]) Arch. f. Psychiatrie u. Nerven. XIX. 1888.

[5]) Allg. Zeitschr. f. Psych. 1892.

[6]) Die Paranoia. Stuttgart. 1891.

standsformer været i stadig udvikling. I sin lærebog for 1893 samler han største parten af de herhen hørende sygdomsbilleder under betegnelsen Wahnsinn. Men i udgaven for 1896, hvor sygdomsbegrebet dementia præcox har nærmet sig sin endelige afslutning, er sygdomsformen Wahnsinn ganske opgivet og optræder kun som lidet betydende afarter indenfor den senile melankoli, de periodiske og enkelte toxiske psykoser, hvorimod de uregelrette paranoiaformer for største delen er gaaet op i den paranoide demens eller de manio-depressive psykoser. Men medens *Kraepelin* i 1896 under navnet den fantastiske forrykthed indrømmede *Magnans* délire chronique à évolution systématique en plads indenfor den typiske forryktheds rammer, saa er, saaledes som jeg ved en tidligere lejlighed har omtalt for Dem, i den sidste udgave af hans psykiatri ogsaa denne form blevet slugt af dementia paranoides.

Men *Kraepelin* er da ogsaa selv nødt til at indrømme, at afgrænsningen af den paranoide demens er overordentlig vanskelig og endnu ikke afsluttet, lige som han ogsaa, hvor talen er om de former af manio-depressive psykoser, hvor der optræder systematiserede vrangforestillinger med paranoid farvning, staar usikker overfor deres anbringelse i det psykiatriske system.

Denne *Kraepelins* usikkerhed overfor de uregelrette former af forryktheden hænger paa det nøjeste sammen med den ulyst, han altid har vist til at indrømme den psykiske degeneration nogen væsentlig indflydelse paa og betydning for opstaaelsen og afgrænsningen af psykiatriske sygdomsenheder. Dementia præcox, mener han, opstaar som følge af en stofskifteanomali, om hvis oprindelse han kun kan anføre ganske hypotetiske gisninger, og da det ligger i denne sygdoms natur at havne i demens i løbet af kort tid, saa kan det kun være modstræbende, at han anbringer sygdomstilfælde, der har en udtalt tendens til at helbredes, indenfor denne ramme. Og selv om periodiciteten spiller

en stor rolle i de uregelrette forrykthedsformers symptomatologi, for saa vidt som disse patienter saa let bringes ud af deres relative ligevægtsstilling og for en tid kastes ind over sindssygdommens grænser, saa er det ikke periodiciteten alene, der berettiger til at anbringe en patient under de manio-depressive psykoser. Der eksisterer jo saaledes utvivlsomt en periodisk forløbende katatoni, der foruden periodiciteten frembyder de øvrige for katatonien karakteristiske psykiske og somatiske symptomer. Og paa lignende maade forløber adskillige af de uregelrette forrykthedsformer periodisk, og muligheden for at diagnosticere dem maa hentes fra optrædelsesmaaden, fra vrangforestillingernes art og fra den ringe og i alt fald rent sekundært betingede reaktion fra stemningslivets omraade.

Hvorledes *Kraepelin* i næste udgave af sin psykiatri vil stille sig, er det ikke godt at udtale sig om. I den sidst udkomne udgave har han nemlig ved opstillingen af en hel del sygdomsbilleder, der i mange punkter falder sammen med de psykopatiske tilstandsformer, der af andre forfattere skildres som udtryk for den sjælelige degeneration, nærmet sig denne mere end i sine tidligere publikationer, og da de uregelrette forrykthedsformers kliniske realitet næppe i længden kan undlade at fange *Kraepelins* opmærksomhed, er det jo muligt, at han af de tilfælde, som han nu har saa vanskeligt ved at anbringe, samler en gruppe, der ikke vil komme til at staa *Magnans* délire des dégénerés fjærn.

Men selv om spørgsmaalet om paranoiaens afgrænsning endnu er aabent, og selv om anbringelsen af de forskellige former indenfor det psykiatriske system kan synes baade ret vilkaarligt og stadig giver anledning til dissens imellem de forskellige forfattere, saa vil de kliniske realiteter, som striden staar om, ikke paavirkes deraf, og den praktiske betydning, der er knyttet til den rette erkendelse af dem, ikke derved svækkes.

Og efter de erfaringer, som jeg i en snart tiaarig virksomhed dels paa sindssygeanstalter og dels her paa afdelingen har indhøstet, saa mener jeg, at *Magnans* inddeling i det store og hele svarer til, hvad man træffer ude i livet. Ganske vist mener jeg, at der til den typiske forrykthed ikke blot bør henregnes hans délire chronique à évolution systématique, men at baade kværulantforryktheden og paranoia erotica paa grund af det snigende, progrediente forløb, der fører til en kun ringe demens, naturligst hører herhen. Og ganske vist er der ingen tvivl om, at adskillige af hans patienter med degenerativ forrykthed efter et eller flere anfald gaar over i en uhelbredelig demens og for en stor del baade symptomatologisk og i deres forløb svarer til *Kraepelins* dementia paranoides, men lige saa sikkert er det, at der findes et ikke ringe antal patienter, hos hvilke der *paa degenerativt grundlag* som regel *akut* opstaar psykiske tilstandsformer, der præges af de *paranoide vrangforestillingers to primordialdelirier,* af forfølgelses- og storhedsforestillingen, hvor *stemningslivet er sekundært afficeret,* hvor *hallucinationer* af forskellig art spiller en meget dominerende rolle, og som dog i relativ kort tid *gaar over i helbredelse.* Det er disse tilfælde, som stadig er blevet indrangeret under de i prognostisk henseende gunstigst forløbende psykoser, snart under amentia, snart under Wahnsinn, snart under den akute eller uregelrette paranoia. At det i adskillige tilfælde ikke er muligt med sikkerhed at forudsige disse tilfældes prognose kan ikke berøre spørgsmaalet om deres kliniske berettigelse. Det er jo ikke blot i psykiatrien, at man oplever overraskelser, der bør mane til forsigtighed i saa henseende, selv om vi maaske netop dér er udsat for at begaa de største fejltagelser, fordi de faktorer, vi bygger vort skøn over, ofte er saa flertydige og upaalidelige.

Jeg skal i aften begynde med at vise Dem en patient, som efter min mening hører ind under forrykthedens

uregelrette former, og som paa den ene side vil give Dem en tydelig forestilling om disse psykosers opstaaelsesmaade og symptomatologi, og paa den anden være et eksempel paa, hvor vanskeligt, for ikke at sige umuligt det er, i mange af disse tilfælde at stille en nøjagtig prognose. Jeg tør i alt fald ikke paatage mig at gøre det. Skønt jeg er mest tilbøjelig til at tro, at det drejer sig om et af de kronisk forløbende uhelbredelige tilfælde, som nærmest kommer ind under *Kraepelins* dementia paranoides, saa er muligheden for, at den psykose, patienten i øjeblikket lider af, kun er en af de stormfulde episoder, der nu og da optræder i degenereredes liv, og at patienten om kortere eller længere tid atter vil vende tilbage til sin pseudonormale tilværelse, ikke udelukket.

Det drejer sig om en af vore observationspatienter, der er tiltalt for en del omfattende bedragerier, han i en række aar har begaaet. Om hans slægt har vi faaet oplyst, at hans farfader var sindssyg og døde som saadan; faderen skal have været en original, og en broder til patienten er en dreven plattenslager, som flere gange har været i konflikt med loven, og som patienten paastaar „altid har været gal“.

Der findes saaledes hos vor patient den hereditære disposition, som netop, hvor talen er om degenerative psykoser, spiller en saa stor rolle i ætiologisk henseende. Og at denne arv har gjort sin indflydelse gældende paa vor patients hele livsførelse, derpaa tyder de oplysninger, vi fra forskellig side har indhentet om hans vita anteacta. Han skal, efter sin huslæges udtalelse, altid have været et nervøst individ, uligevægtig og ubehersket, hurtig til at blive interesseret og optaget af en sag, men lige saa hurtig til at opgive den og lade den falde, naar der var gaaet nogen tid, eller han stødte paa modstand. Lige fra sin tidligste ungdom skal han have vist interesse for og spekuleret meget over forskellige opfindelser. Og det er navnlig

med disse mere eller mindre vel funderede opfindelser som udgangspunkt, at han har begaaet sine bedragerier og har fralokket lettroende mennesker penge, idet han har lovet dem guld og grønne skove, naar de vilde forstrække ham med midler til at starte de foretagender, der var baseret paa hans opfindelser. Og det er ikke saa faa mennesker, der har ladet sig bedaare af hans indtagende væsen og besnære af hans veltalenhed, saa at der har været tider, hvor han har kunnet leve som grandseigneur og ødslet mange penge bort. Han har ført et meget omflakkende liv, har ogsaa været en tid i Amerika, men trods det planløse og ustadige i hans livsførelse mener moderen ikke at have observeret noget patologiskt hos ham, før hun besøgte ham her paa afdelingen.

Hvornaar hans psykose er brudt ud, har det ikke været muligt med bestemthed at afgøre, men naar De har set patienten, vil De forstaa, at han umulig kan have færdedes ude i livet i den tilstand, han nu er, og som var ganske svarende til den, han frembød, da han blev indlagt fra arresten. Selv erklærer han, at han i længere tid havde været optaget af spekulationer angaaende en opdagelse, han vilde gøre, og at han saa en søndag under gudstjenesten i fængslet pludselig saa en haand med to hjul ved siden af prædikestolen, og fra det øjeblik følte han, at han var „i stand til at løse sin store opgave“. Da det nu er en dagligdags erfaring, at individer med den psykiske konstitution, som vor patient frembyder, kun yderst daarligt taaler fængselslivet, og da det ofte er tilfældet, at de psykoser, der opstaar under disse omstændigheder, sætter ind ganske akut — d'emblée, som franskmændene kalder det — saa anser jeg det ingenlunde for usandsynligt, at denne synshallucination i virkeligheden har været det fænomen, der aabnede patientens psykose, selv om han ogsaa før den tid utvivlsomt har været at betragte som et abnormt individ.

Jeg skal nu vise Dem patienten, der er 31 aar gammel. Som De ser, er der noget vist kavalermæssigt over ham, og hvis De for et øjeblik vil prøve paa at tænke Dem ham i andre omgivelser og i en anden paaklædning, og borteliminere den agitation, der nu præger hans væsen, saa vil De se, at der i hans rent ydre apparition er noget, der nok kan motivere det held, han har haft med at spille sin rolle som svindler i stor stil. Spørger vi ham om, hvad det er, der optager ham saa meget og gør, at han ikke er i stand til at holde sig rolig et øjeblik, saa hører De, hvorledes han straks, ivrig gestikulerende, med livlig mimik og strømmende tale kaster sig ind i beretningen om den store opfindelse, han har under udarbejdelse. Det drejer sig om et styrbart luftskib, et slags perpetuum mobile, hvis væsentligste bestanddele er en art skrue uden ende og en ballon. Han medbringer en del ganske fantastiske tegninger, paa hvilke han søger at demonstrere principerne for opfindelsens mekanik, men disse forsøg fører kun til, at han røber en fuldstændig mangel paa kendskab til de mest elementære fysiske grundlove. Han paastaar, at det er verdens største opfindelse, at han kan blive 100 gange millionær paa den, at han vil skænke patentet til den danske stat, og at Danmark vil forene sig med Finland og Rusland og udruste 50 af disse luftskibe for med dem at „mase" Tyskland. Han vil anmode overlægen om at gaa til kongen for at faa denne til at interessere sig for sagen, hvad der sikkert vil lykkes, da hans opfindelse vil „omforme hele verden". Han taler sig efterhaanden op i en submanisk tilstand, hæver stemmen, bliver kongestioneret til kinderne, hans øjne bliver glansfulde og den motoriske uro stiger.

Der er jo i denne selvovervurdering, i den kritikløse svælgen i egen magtfuldkommenhed, i denne legen med millioner og verdensdele, noget der minder om den generelle pareses megalomane vrangforestillinger. Imidlertid

nægter patienten bestemt at have haft syfilis, ligesom der heller ikke hos ham findes noget af de somatiske tegn paa paresen.

Men disse storhedsideer er ikke de eneste vrangforestillinger, patienten sidder inde med. Spørger man ham om, hvor de tegninger, han har konstrueret, medens han opholdt sig i fængslet, er henne, saa vil De se, hvorledes hans stemning øjeblikkelig svinger over i en ganske ubehersket og stigende vrede. Han paastaar, at fængselsinspektøren, „der er underkøbt“, har stjaalet hans tegninger, at afdelingen her er fuld af spioner, som politiet har sendt herind, og som forhindrer ham i at komme i forbindelse med krigsministeriet. Da jeg for nogen tid siden var et par dage i Berlin, forlangte han ad telegrafisk vej at faa mig stoppet, da han følte sig overbevist om, at min rejse kun havde det formaal at faa hans opfindelse afsat i Tyskland. Imidlertid gælder disse forskellige anslag ikke blot hans opfindelse, men ogsaa hans person. De hører, hvorledes han fortæller, at man allerede i fængslet gjorde attentater paa hans liv ved at anbringe ham i en „gascelle“, og her paa afdelingen er han gentagne gange kommet ud paa gangen om natten, skælvende og bleg af angst, fordi han følte sig overbevist om at være forgivet eller troede, man vilde kvæle ham, medens han sov. Han har en gang gemt noget opgylpet mælk i en konvolut, og forlangt, at det skulde kemisk undersøges, hvis han døde. Han har taget personalet og sine medpatienter til vidne paa, at han var myrdet, hvis han døde. Han har forlangt at blive obduceret, for at giftmordet kunde blive konstateret, og har paa væggen i sit værelse skrevet en hel del navne paa læger og sygeplejersker op, som han kræver tiltalt for overlagt mord. Forleden dag var han i flere timer stærkt agiteret, svedende og bleg, fordi han var sikker paa, at der var lagt skydebomuld under afdelingen. Han har ogsaa paastaaet, at han blev paavirket af elektricitet.

Skønt han i længere tid har været næsten fuldstændig søvnløs, optaget som han har været dels af udarbejdelsen af sin opfindelse, dels af at hytte sig imod alle de anslag, der er rettet imod den og hans person, og skønt hele hans bevidsthed fuldstændig er absorberet af disse forestillinger, saa er han fuldstændig orienteret i sine egne forhold. Han giver korrekte og sammenhængende oplysninger om sit tidligere liv, er fuldstændig klar over sit nuværende opholdssted og bedømmer som regel sine omgivelser rigtigt. Han kender dato og aarstal, husker godt, regner upaaklageligt, medens hans skolekundskaber kun er middelmaadige, men han indrømmer selv, at han „altid har været et stort fæ paa mange omraader, men altid noget af et opfindergeni". Derimod mangler han fuldstændig sygdomserkendelse og forstaaelse af de alvorlige følger, hans arrestation kan føre med sig. I det hele skænker han ikke sine bedragerier en tanke, han anser dem som noget ganske underordnet, der aldeles ikke spiller nogen rolle i sammenligning med alt det betydningsfulde, der ved hans hjælp skal fuldbyrdes.

Hvad patientens stemningsliv angaar, saa har De jo selv set, hvor skiftende det kan være, hvorledes han fra den løftede, glade stemning, der kom til orde, da han svælgede i sin opfindelses store betydning og fremtid, og som ledsagedes af den maniske eksaltations muskeluro og somatiske symptomer, pludselig svingede over i en ubehersket vrede, der gav sig et ligesaa levende udtryk. De hørte jo ogsaa, hvorledes han til tider har været i høj grad ængstelig, og et par gange er han ganske fortvivlet og grædende kommet hen og har bedt os om beskyttelse og tigget os om at forhindre de ulykker, der ventede ham. Men hvilken farve hans stemning ogsaa antager, saa er den altid betinget af og finder sin forklaring i de vrangforestillinger, der i det givne øjeblik behersker ham.

Det sygdomsbillede, som vor patient i øjeblikket frem-

byder, kunde, hvis vi ingen oplysninger havde om den maade, hvorpaa det er opstaaet og har udviklet sig, maaske friste en eller anden til at stille diagnosen: typisk forrykthed. Der er nemlig, som jeg har fremhævet for Dem, intet i vejen for, at forfølgelses- og storhedsforestillingerne kan bestaa samtidig i længere tid hos en typisk paranoiker. Men den typiske forrykthed opstaar snigende, og vrangforestillingerne vokser sig stærke gennem maaneder og aar. Hos vor patient derimod er sygdommen begyndt akut, og straks fra første færd af har begge primordialdelirierne været til stede; jeg vil blot minde Dem om, at patienten allerede i fængslet, samtidig med at hans storhedsideer opstod, mente at man vilde dræbe ham med gas. Og desuden er der ingen udvikling og intet forsøg paa virkelig systematisering af vrangforestillingerne. De har den dag i dag det samme indhold og det samme omfang, som da de opstod; den stille vækst, den ekspansive breden sig ud over større og større bevidsthedsomraader, mangler her, ligesom ogsaa den utrættelige samlen af nyt bevismateriale og nye argumenter, der hos paranoikerne markerer systematiseringens fremadskriden, ikke findes hos vor patient. Hans vrangforestillinger har ikke krævet nogen rugetid, de er sprunget ud af ægget, saa snart det blev lagt, fuldt udvoksede og flyvefærdige fra begyndelsen af. Men desuden ved vi om vor patient, at hele hans tidligere liv har været præget af den sjælelige degenerations uligevægtighed, at den psykose, han nu lider af, altsaa er opstaaet paa dette degenerative grundlag. Disse forskellige forhold i optrædelsesmaade og forløb, sammenholdt med de rent symptomatologiske ejendommeligheder, jeg har nævnet for Dem, gør, at jeg mener mig berettiget til at henføre vor patient under de uregelrette forrykthedsformer. Og dette har, som sagt, sin praktiske betydning, for saa vidt muligheden af en helbredelse dermed er givet. Selvfølgelig maa De ikke ved „helbredelse“ forstaa andet, end

at patienten, naar hans psykose er overstaaet, i bedste fald vender tilbage til status quo, hans psykose er ikke nogen ilddaab, ud af hvilken han gaar som et nyt og mere ligevægtigt menneske, tværtimod betegner disse akute anfald i degenererede individers liv som regel en nedgang i værdien af deres psykiske evner[1]).

Hos den patient, jeg har vist Dem, var vrangforestillingerne koncentrerede omkring den epokegørende opdagelse, han mente at have gjort, og om den frygt, der beherskede ham, for at opdagelsen skulde blive taget fra ham, enten ved list eller ved at dræbe ham. Denne form for forrykthed — paranoia inventoria — kan imidlertid ikke gøre krav paa nogen særstilling, lige saa lidt som den religiøse eller jaloux paranoia kan gøre det. Vrangforestillingernes indhold er i virkeligheden ganske uden betydning, og det er udelukkende de forhold, jeg ovenfor har nævnet for Dem, der har nogen betydning for diagnosen. Imidlertid er det sikkert ingen tilfældighed, at forestillingen om at være en stor opfinder er blevet det centrale i vor patients vrangforestillinger, ti, som De hørte, har han lige fra barn haft en udpræget tilbøjelighed til at beskæftige sig med emner af denne art, og det er ingenlunde sjældent, at man ved den uregelrette forrykthed i patientens tidligere liv i mere eller mindre rudimentær form finder anlæg og tilbøjeligheder, som, naar deres psykose bryder ud, danner kærnen i deres vrangforestillinger.

Jeg har flere gange talt til Dem om den degeneration, den état de déséquilibre, der danner baggrunden for disse uregelrette forrykthedsformer. Men ikke sjældent sker det,

---

[1]) Efter ca. $2^1/_2$ aars ophold paa St. Hans hospital „kom han med politiets sanktion paa fri fod, da hans opfinderideer var traadt i baggrunden, stemningen nogenlunde i ligevægt, og en ven havde skaffet ham arbejde. Men han bestiller ikke noget rigtigt“. At han senere atter er begyndt paa sine bedragerier, fremgaar deraf, at et af hans offre for nylig har været indlagt paa afdelingen med en melankoli, der var fremkaldt ved sorgen over det pengetab, han havde lidt.

at der paa dette samme grundlag optræder andre psykopatiske tilstandsformer, der, fordi de ligeledes væsentligst afficerer forestillingslivet, drages ind under paranoiaen under navn af abortive eller rudimentære former. Jeg tænker her navnlig paa de fænomener, som af *Friedenreich*[1]) er samlet under navnet tvangstankesygdommen, og som snart er skildret under betegnelsen Grübelsucht, snart under folie du doute, eller maladie du tic[2]). Hvad der karakteriserer disse patienter, er den tvangsagtige, uafvindelige maade, hvorpaa bestemte forestillinger eller forestillingsrækker paatvinger sig deres bevidsthed, og den følelse af ufrihed og ængstelse, der derved opstaar. Undertiden er det en tvangsagtig tvivl, der behersker disse patienter, de tvinges f. eks. til gang efter gang at aabne de breve, de skriver, for at overbevise sig om, at der ikke har sneget sig et misvisende eller saarende ord ind i det, de maa gang efter gang vende om, naar de er gaaet hjemme fra, for at overbevise sig om, at døren er lukket, eller maa hver aften paa det grundigste gennemsøge lejligheden, for at overbevise sig om, at de har slukket lyset eller ikke glemt en glødende tændstik et eller andet sted. Hos andre patienter er tvangsfrygten mere fremtrædende, de tør ikke røre ved bestemte genstande af frygt for smitte eller fordi tingen kunde gaa i stykker og forvolde andre ulykke, de tør ikke tage paa en kniv af frygt for at skulle dræbe et eller andet menneske, eller de er bange for, at de ved at foretage en eller anden ofte ganske ligegyldig handling, kan blive den ufrivillige aarsag til andre menneskers ulykke. Atter hos andre er det den tvangsmæssige fordyben sig i ganske uløselige og barokke spørgsmaal, der behersker patienten, naar han f. eks. grubler over, hvorfor en hest har fire ben, eller hvorfor mennesket er skabt netop saadan, som han er, og ikke paa en helt anden maade.

[1]) Tvangstankesygdommen. Kbhvn. 1887.

[2]) Gilles de la Tourette. Arch. de neurolg. 1885, nr. 25 et 26.

Medens hos adskillige patienter tvangstankerne bestaar som et isoleret fænomen, og den lidelse, de paafører patienten alene er afhængig af dens vedholdenhed og den angst, der saa godt som altid ledsager dem, saa er der andre, hvor tvangstankerne kombineres med tvangshandlinger af forskellig art, og hvor hele patientens dag efterhaanden optages af de forskelligste handlinger. I nogle tilfælde viser tvangshandlingerne sig — som i Gilles de la Tourettes sygdom — kun som ticbevægelser af forskellig art, eller ogsaa som ekko- og koprolali, det vil sige som en tic psychique, men i andre drejer det sig om mere ordnede handlinger, der finder deres motivering i patientens frygt.

Og i de kronisk forløbende tilfælde, som *Le grand du Saule* har givet den klassiske beskrivelse af i sin folie du doute avec délire du toucher, er hele patientens tilværelse opfyldt af tvangshandlinger. Snart tilbringer de dagen med at vadske sig for at befri sig fra det smuds, de har faaet paa sig, eller beskytte sig mod den smitte, de mener at have paaført sig, snart er det tilsyneladende ganske hensigtsløse handlinger, de foretager sig, og som efterhaanden har faaet en besværgelsesformulars betydning for dem, snart tvinger deres frygt dem til — saaledes som hos en af mine private patienter —, selv om det var midt om natten, at gaa tilbage til den skole, hvor han underviste, og med hænderne famle sig frem langs knagerækkerne for at forvisse sig om, at hans frygt for, at et eller andet af børnene havde hængt sig der, var ugrundet.

I en del tilfælde optræder disse tvangsfænomener som en mere selvstændig lidelse, men i det store flertal af tilfældene finder man dem som symptomer paa den psykiske degeneration, hvad enten denne viser sig under billedet af den konstitutionelle neurasteni eller forstemning, eller den optræder med karakterer, der bringer den ind under den lidet præcise betegnelse moral insanity eller de holdningsløse og uligevægtige.

Disse forskellige tvangsfænomener og fobier har det til fælles med de uregelrette forrykthedsformer, at de paa grund af den fælles jordbund, hvori de opstaar, er præget af den psykiske degenerations lunefuldhed i optrædelsesmaade, intensitet og forløb. Men i andre henseender er der en kløft imellem disse forskellige psykopatiske tilstandsformer. Ved alle tvangsfænomenerne har patienten selv en fuldstændig klar forestilling om, at det drejer sig om noget sygeligt, og han kæmper ofte paa det mest energiske og med opbydelsen af al sin viljestyrke for at overvinde symptomerne. Om vrangforestillinger, saaledes som vi ser dem ved forrykthedsformerne, er her derfor ikke tale, og tvangstankernes indhold er jo ogsaa et ganske andet end der. De fleste patienter med tvangsfænomener og fobier kan derfor ogsaa leve livet uden anstaltsbehandling, dels opstaar der ofte lange og gode remissioner i deres tilstand, ligesom de lettere tilfælde, navnlig de paa „neurastenisk“ basis, ved en fornuftig psykisk behandling kan bringes til helbredelse, dels viser mange af disse patienter, selv om tilstanden er fremadskridende, en ofte beundringsværdig evne til at byde deres tvangsfænomener stangen og gengem mange aar at fortsætte deres daglige dont. Hvad der ogsaa viser, at disse fænomener, som *Magnan* regner med til de psykiske stigmata degenerationis, er noget fra den regelrette forrykthed afvigende, er, at der hos disse patienter nu og da opstaar psykiske forstyrrelser, der baade i optrædelsesmaade, symptomatologi og forløb ganske svarer til de degenerative former af forryktheden.

Medens de forrykthedsformer, jeg hidtil har vist Dem eksempler paa, saa at sige „kommer af sig selv“, for saa vidt som vi jo intet kender til angrebspunktet for eller den egentlige aarsag til deres optræden, saa findes der to andre, som synes at have mere bestemte og haandgribelige forudsætninger, og som vi her paa afdelingen mellem aar og dag ser et stort antal af. Den ene er den alkohol-

iske, den anden den senile forrykthed. Men ogsaa indenfor disse i ætiologisk henseende bedre sammenholdte former findes der tilfælde, der viser tendens til at antage den typiske paranoias snigende forløb og tilbøjelighed til systematiserede vrangforestillinger, og andre, hvor der i lighed med de uregelrette forrykthedsformer opstaar kortere varende episoder med flygtige, løse og skiftende vrangforestillinger, og lige som disse forbigaaende delirier hos de degenerede var præget af den sjælelige degeneration, saaledes skimter man hos de andre patienter den alkoholiske eller den senile degenerations attributer igennem de mere akut opstaaede psykiske forstyrrelser.

Jeg har, fordi jeg synes, at de lettere tilfælde af en sygdom ofte er de mest lærerige, bedet denne 36aarige skomager, som jeg for tiden behandler paa Polikliniken, om at komme her op. Skønt han ganske sikkert paa de fleste af Dem vil gøre et fuldtud behersket indtryk, og skønt han er i stand til at føre en samtale med Dem, hvori han intetsomhelst abnormt røber, saa lider han ikke desto mindre af en udtalt alkoholisk paranoia og er efter min mening at betragte som et i høj grad farligt menneske.

Han har meddelt mig, at en farbroder har været sindssyg, og at en yngre broder i længere tid har været anbragt paa landet, fordi han „spekulerede for meget“, et forhold, som vi sikkert har lov til at betragte med mistænksomme øjne, da forholdsregler af denne art og navnlig i de samfundsklasser, som der her er tale om, næsten altid vil være et udtryk for, at den paagældende har frembudt psykiske forstyrrelser af mere eller mindre udpræget art. Patienten selv skal altid have været rask. Han er gift og har tre raske børn. Han har aldrig haft lues og frembyder heller ikke tegn herpaa, lige saa lidt som der findes somatiske tegn paa dementia paralytica hos ham. Han indrømmer, at han drikker $^1/_2$ pægl brændevin dag-

lig, og at han tidligere har drukket endnu mere, og De vil sikkert ogsaa have bemærket det opdunsede, rødblissede ansigt, den lette blefaritis, den grove bæven af ansigtsmuskulaturen under talen, den lette agilitet og usikkerhed, der er over hans bevægelser, tremoren af hænderne, og dertil kommer nu en kronisk faryngitis med forøget farynksrefleks, en tydelig forstørrelse af hepar, en let albuminuri og tydelig ømhed af muskler og nerver paa underekstremiteterne, alt sammen fænomener, der hører den kroniske alkoholisme til.

Grunden til, at han søgte Polikliniken, var en hel række neurasteniske klager, som man saa ofte finder det ved den kroniske alkoholisme. Der var imidlertid noget underlig tilbageholdende og sammenbidt over hele hans maade at være paa; han var under eksaminationen snart fraværende, snart umotiveret ængstelig, og gjorde i det hele indtrykket af, at han skjulte noget og var forpint af noget, han nødig vilde ud med. Det viste sig da ogsaa, naar man trængte ind paa ham, at han i de sidste maaneder havde mærket, at omgivelsernes opførsel imod ham havde forandret sig. Naar han sad i sin kælder og arbejdede, saa var det ofte mistænkelige personer, der gik forbi oppe paa gaden, mennesker, der enten saa foragteligt paa ham, eller som ved den maade, de gik paa eller stampede i brostenene paa, søgte at vise ham deres foragt. Af og til slyngede de ogsaa i forbifarten et skældsord som f. eks. idiot ned til ham. Stansede de udenfor og talte sammen, saa var det tydeligt, det var ham, deres samtale drejede sig om, han kunde se paa deres miner og bevægelser, at det var hans private forhold, der var paa tale. Som De hører, tror han, at det er hans kammerater i faget, der har faaet noget imod ham, dels fordi han altid har været en saa flittig arbejder, dels fordi han ikke altid har holdt sig priskuranten ganske efterrettelig. De har derfor lavet „et komplot“ imod ham, har udspredt falske rygter om

ham, og det er dem, der for at irritere ham lader alle de mennesker, der generer ham, gaa forbi hans vinduer. Men hovedmanden for komplottet er dog hans kone. Han indrømmer, at forholdet imellem dem aldrig har været godt, men i den senere tid er han blevet mere og mere overbevist om, at hun er ham utro. Spørger man ham om, hvorpaa han grunder dette, saa erklærer han, at det „er noget, der er kommet i hans tanker“, siden der lige overfor deres bopæl er indrettet en stor byggeplads. Han har flere gange, naar arbejderne kom eller gik hjem, set konen staa ved vinduet og set hende blive rød i hovedet, naar han kom. Han føler sig ganske overbevist om, at hun har en kæreste imellem arbejderne, men hans beviser er ganske vage og bærer, som De selv hørte, ganske en indskydelses præg. Foruden disse vrangforestillinger er ogsaa patientens stemningsliv afficeret, han indrømmer selv, at han til tider kan blive ganske ude af sig selv af hidsighed, saa han hverken ved, hvad han siger eller gør, og at han et par gange har ladet det gaa til haandgribeligheder overfor konen.

Hvad der, hvis de somatiske tegn paa kronisk alhoholisme ikke var saa fremtrædende, burde gøre Dem mistænksom overfor muligheden af en alkoholisk paranoia hos vor patient, er den jaloux retning, hans vrangforestillinger har taget. Ganske vist findes disse ogsaa ved andre former af forryktheden, men de har dog fra gammel tid med rette haft ord for særlig hyppigt at optræde ved den alkoholiske og maaske lige saa hyppigt ved den senile. Dens hyppige forekomst ved disse to former hænger sikkert sammen med den fuldstændige eller delvise impotens, der ledsager saavel den kroniske alkoholisme som seniliteten, det er disse patienters følelse af seksuel afmagt, der giver deres vrangforestillinger denne jaloux farvning. Jeg mindes saaledes fra mit ophold paa St. Hans hospital en patient med tabes dorsalis, hvor impotens jo ligeledes er et hyppigt og tidligt symptom, han havde en typisk forrykthed,

og ogsaa hos ham havde vrangforestillingerne fra begyndelsen af taget en meget udpræget jaloux retning.

Hvorledes vor patients forrykthed vil forløbe, tror jeg ikke, det er muligt med sikkerhed at afgøre. Den ligner jo ganske den typiske paranoia i begyndelsesstadiet, og den hereditære disposition, der findes ved siden af alkoholmisbruget, kan muligvis gøre prognosen daarligere, end den ellers vilde være, hvis det drejede sig om simpel alkoholparanoia. Men en nødvendig betingelse for, at patienten skal komme sig, er, at han hører op med at drikke. Jeg har derfor foreslaaet ham hospitalsindlæggelse, men da han fuldstændig mangler sygdomserkendelse, har han paa det bestemteste nægtet at gaa ind derpaa. Denne patient er derfor et godt eksempel paa, hvor hjælpeløse vi læger ofte staar selv overfor patienter, vi anser for farlige for deres omgivelser. Efter mine erfaringer tror jeg nemlig ikke, det vil føre til noget resultat at henvende sig til politiet for at faa ham tvangsindlagt. De symptomer, han frembyder, er i virkeligheden saa lidet udtalte, og hele hans adfærd endnu saa samlet, at jeg ikke tror, man vilde være tilbøjelig til at gribe til saa alvorlige repressalier, saa meget mindre, som patienten, saa snart han mærkede, hvor det bar hen, vilde benægte og søge at bortforklare sine symptomer, ligesom de juridiske myndigheder, der skulde tage bestemmelsen, vil mangle de nødvendige forudsætninger for at vurdere hans hele retiré væsen og de tilsyneladende ret uskyldige vrangforestillinger efter deres betydning. Jeg har derfor foreløbig indskrænket mig til paa det indstændigste at forbyde ham at drikke, et forbud, hvis overholdelse jeg selvfølgelig overfor en ambulant patient ingen som helst garanti har for.

SINDSSYG — IKKE SINDSSYG.[1]

MINE damer og herrer! Der en bebrejdelse, som vi, der har valgt nervesygdommene til vor specialitet, altid maa være forberedt paa at møde, og det er den, at vi har en tilbøjelighed til at vejre den sjælelige abnormitet og den sjælelige defekt, hvor andre ikke kan øjne den; at vi er indstillet paa at se resultatet af en abnorm hjærnevirksomhed i menneskers handlinger, i deres følelses-, drifts- og forestillingsliv, hvor andre kun ser et udslag af særhed eller originalitet, af daarlig opdragelse, slet moral eller ond vilje, at vi med andre ord har en tendens til at drage grænserne for det sjæleligt abnorme saa vide, at mange af vore medborgere begynder at røre paa sig og føle sig utrygge.

I og for sig er der jo ikke noget paafaldende i, at den læge, der igennem aar og dag har gjort studiet af nervesygdommene til sin livsgerning, at hans øje og sans er mere modtagelig til at opfatte og erkende selv ringe afvigelser fra den til en given tid fastsatte norm end andres. Det er jo kun, hvad vi er vant til at se i alle baade aandens og haandens virksomheder, det er kun den professionelle indstilling, der faar os til at se det, andre ikke ser, og som møjsommelig maa erhverves gennem opøvelse og erfaring. Hvor ofte hænder det os ikke, at vi ved første

[1] Foredrag, holdt i medicinsk forening mandag den 30. april 1906.

øjekast bliver en pupildifferens, en ansigtsskævhed, en ptosis eller strabismus var, hvor andre trods den bedste vilje først maa gøres opmærksom paa den, før de ser den. Det er denne genkendelse af det antydningsvise og rudimentære, der er en af største glæder ved al klinisk virksomhed, men som alle andre glæder i livet rummer den en fare. Det er jo nemlig aldrig symptomet i og for sig, der er det afgørende for vor erkendelse. Det er vurderingen af symptomet, det kommer an paa. Og her vil jeg, hvor paradoksalt det ogsaa kan lyde, bede Dem om at erindre, at det i virkeligheden er fysiologisk at være abnorm. Det er det i den forstand, at der ikke gives en eneste iblandt os, der holder maal med den type, som den ideale menneskeskikkelse repræsenterer. Og De har sikkert alle erfaret, hvorledes disse fysiologiske abnormiteter, der ofte paa den mest drilagtige maade kan indtage netop den region, der i det givne tilfælde særlig fængsler klinikerens opmærksomhed, hvorledes de kan volde diagnostiske vanskeligheder, saa at spørgsmaalet: patologisk eller fysiologisk bliver brændende.

Jeg ved da fra min egen virksomhed, hvorledes den uharmoniske, lunefulde maade, hvorpaa kraniets ossa kan være udviklede, har voldt mig differentialdiagnostiske vanskeligheder; eller hvorledes betydningen af den saa overordentlig hyppigt forekommende ulige innervation af de to ansigtshalvdele eller de to levatores palpebræ har kostet mig anstrængelse; og der er vel næppe den læge, som ikke en eller anden gang i sin virksomhed har staaet tvivlende overfor spørgsmaalet: tumor eller lokal hyperplasi, naar der i den ene mamma fandtes en forøgelse af kirtelvævet i en eller anden af kvadranterne. Og hvad der ofte gør disse forhold dobbelt vanskelige at vurdere, er den omstændighed, at symptomets grad i principet aldeles ingen rolle spiller. En ptosis, der hos den ene patient er endogsaa meget udtalt, kan være ganske betydningsløs for

diagnosen, fordi den betegner maaske en individuel særegenhed, maaske et slægtsmærke, medens den hos en anden patient, selv om den er langt svagere udtalt, kan være af den mest kapitale betydning for diagnosen og blive det symptom, der er afgørende for vor bedømmelse af tilfældets prognose. Revet ud af sin organiske forbindelse med andre symptomer, med optrædelsesmaade og forløb betyder det enkelte symptom kun lidet, det er først gennem det ræsonnement og den viden, som vi sidder inde med, og som stiller det i det plan, der tilkommer det, at den rette vurdering af det kan ske.

Men naar der i væv af saa relativ simpel en bygning som benvæv og kirtelvæv forefalder afvigelser fra normen, der, selv om de ligger indenfor det fysiologiskes omraade, kan volde os diagnostiske vanskeligheder, hvor mangfoldigere og besværligere at bedømme maa de afvigelser saa ikke blive, hvor det er forandringer i hjærnebarken, det mest følsomme, det stærkest uddifferentierede væv, vi kender, der er afvigelsernes sæde. Og her drejer det sig tilmed ikke om forandringer, der lader sig umiddelbart demonstrere, det er jo, naar det gælder de sjælelige abnormiteter, først igennem den side af hjernebarkens funktion, der giver sig udslag i individets handlinger og følelser, i hans tale og hele optræden og væremaade, at afvigelserne bliver synlige for os.

Men ligesom den nødvendige forudsætning for bedømmelsen af de forandringer, der forefalder i andre væv, er det nøjeste kendskab til alle de sygdommes klinik, der kan hjemsøge dem, ligesaa uomgaaelig en betingelse er det for erkendelsen af de forskellige sjælelige symptomers værdi, at vi fuldtud er inde i de mere eller mindre velafgrænsede sindssygdomsformer, i deres optrædelsesmaade, forløb og kliniske manifestationer. For uden dette kendskab vil vor bedømmelse af de sjælelige abnormiteter ganske komme til at svæve i luften. Det er sikkert nok, at et af

de forhold, der gør studiet af sindssyge mennesker saa fængslende, er den maade, hvorpaa vi ser de symptomer, vi kender saa godt fra de veludtalte sindssygdomsgrupper, fortone sig ud i livet, som det leves omkring os, ser, hvorledes mangt og meget af det, der for den mindre kyndige staar som noget fremmed og uforstaaeligt, som udtryk for en barok eller kantet udviklet personlighed, hvorledes det ved usynlige traade og umærkelige overgange er bundet til og fører ind imod fænomener, der i deres fuldt udviklede skikkelse ligger langt inden for sindssygdommens grænser. Men lige saa sikkert er det, at et saadant enkeltstaaende fænomen ikke berettiger os til at stemple et menneske som sindssygt.

Lad mig forsøge paa gennem nogle eksempler at vise Dem, hvor udbredt og mangeartet diffusion af abnorme sjælelige fænomener ud i den tilværelse, vi selv daglig lever i, i virkeligheden er. Og lad mig begynde med at nævne Dem eksempler paa tilsyneladende mere enkeltstaaende symptomer.

De ved, at et af de symptomer, der karakteriserer den form for sindssygdom, der gaar under navnet katatoni, er den saakaldte negativisme. De patienter, der frembyder dette symptom, indskrænker sig imidlertid ikke til en passiv negeren, men enhver opfordring, der rettes imod dem, besvarer de ved at foretage en handling, der er lige modsat den, man har ønsket af dem. Beder man dem om at lukke øjnene, spiler de dem saa vidt aabne som muligt; beder man dem gaa forlæns, gaar de baglæns og saa fremdeles. De kender sikkert fra Deres færden ude i livet mennesker, hos hvem fænomener af analog art er mer eller mindre fremtrædende. Undertiden skjuler der sig bag deres evige gøren det modsatte af, hvad andre foreslaar dem, kun en misforstaaet trang til selvhævdelse, de er ængstelige for at blive anset for at være nikkedukker, og mener at markere deres selvstændighed ved deres kon-

participants træere opførsel; men undertiden er fænomenet aabenbart i langt intimere, mere organisk forbindelse med vedkommende menneskes karakter og strækker sig ud til dagliglivets banaleste smaating. Og det er ingenlunde sjældent, at et saadant menneskes omgivelser, i alt fald de klogeste af dem, efterhaanden lærer, at den sikkreste maade at faa vedkommende til at gøre, som man vil, paa er at opfordre ham til at gøre det modsatte af det, man ønsker, han skal gøre. Det er, om De vil, en form for negativ suggestion. Enhver forestillingsrække, der paaføres et saadant menneske udefra, har en tilbøjelighed til at skabe hele rækken af kontrastforestillinger, og disse stiller sig saa klart belyst for hans bevidsthed, at alt andet kommer til at ligge i skygge i sammenligning dermed.

Der er et andet fænomen, som i forskellig styrke findes spredt gennem en stor række af sygdomsformerne, og det er den mangelfulde evne til at reproducere erindringsbilleder og den dermed ofte forbundne trang til paa ganske fantastisk vis at omdigte det oplevede. Der ligger ofte paa bunden af sindssyge menneskers fabuleren et lille korn af virkelig oplevelse, over hvilket patienten saa har bygget hele den verden af fantasterier, som ingensomhelst realitet har. I sin mindre haandgribelige, men netop derfor langt farligere skikkelse optræder symptomet hos de saakaldte patologiske løgnere, hvor virkelige oplevelser og mere eller mindre bevidste tildigtninger er blandet sammen til et saadant væv, at hverken patienten eller andre er i stand til at rede dem ud fra hinanden. Nu ved vi jo alle, at en og samme oplevelse af forskellige mennesker, der har den bedste vilje til at reproducere korrekt, kan blive højst forskellig refereret. Men fra disse subjektive afvigelser i opfattelse, der har deres grund i, at den menneskelige organisme ikke er et simpelt fotografiapparat, men bearbejder og omdanner det optagne efter sin natur, og til den pseudologia fantastica, der karakteriser den patologiske løgner

og den sindssyges fabuleren, findes der jævne, umærkelige overgange. De ved, der er mennesker, der, som det hedder, ikke taler sandt, saa længe de kan lyve, mennesker, der har en trang til at besmykke deres oplevelser, til at trække fra og lægge til, undertiden for at stille sig selv i et mere flatterende lys, men undertiden ogsaa, uden at det er muligt at finde noget fornuftigt motiv dertil. Og De ved ogsaa, at der er mennesker, for hvem en tildigtning eller en forvrængning af det oplevede lidt efter lidt fremtræder med et saadant præg af realitet, at de til sidst selv tror paa deres løgne.

Et symptom, som ved første øjekast kunde synes særligt at være indskrænket til sindssygdommene, er vrangforestillingen. Det forekommer under mange forskellige skikkelser spredt igennem hele psykiatrien, men det er ikke vanskeligt at forfølge de forskellige former ud i det normale livs foreteelser. Faa steder inden for sindssygdommene optræder symptomet vel renere end i de forskellige former af forrykthed, hvad enten denne viser sig som den kronisk forløbende typiske paranoia, eller som de mere forbigaaende usystematiserede vrangforestillinger, der optræder ved saa mange af de degenerative sindssygdomsformer. De kan imidlertid næppe have undgaaet at træffe mennesker ude i livet, hvor et eller flere af forrykthedens symptomer, om end i rudimentær skikkelse har givet deres væsen og adfærd et ganske ejendommeligt præg. Jeg vil blot bede Dem om at mindes disse mistænksomme, altid utrygge mennesker, der bag den aabneste og ligefremmeste tilnærmelse øjner en skjult bagtanke, der vil føre dem bag lyset, mennesker, der altid føler sig tilsidesatte, over alt lugter chikaneri, de gaar omkring med aldrig hvilende forurettelsesforestillinger og altid ulmende mistro, og den uskyldigste spøg, den betydningsløseste begivenhed kan faa begge til at slaa ud i lys lue. Ogsaa den anden af den paranoide vrangforestillings yttringsformer, nemlig storheds-

ideen, har De sikkert truffet paa. De har truffet den hos mennesker, hvis følelse af deres egen betydning ikke staar i noget som helst rimeligt forhold til deres evners rækkevidde eller deres arbejdes lødighed, deres selvovervurdering, deres krav paa hensyn og opmærksomhed er ganske umotiveret fordringsfuldt. Og ofte finder man — ligesom inden for sindssygdommene — disse rudimentære storhedsforestillinger vævet sammen med forurettelsesideer, mistænksomhed og frygt for at blive overset.

Der er en anden meget almindelig forekommende form for sindssygdom, som ligeledes strækker sig ud til mange normale mennesker og giver deres tilværelse et ganske ejendommeligt præg, og det er de saakaldte manio-depressive psykoser. Det er her næsten udelukkende patienternes stemningsliv, der er angrebet, og i de udprægede former er hele deres liv nittet sammen af eksalterede og deprimerede faser, der stadig — undertiden med en ganske utrolig regelmæssighed — skifter med hinanden. Hos mange mennesker, om hvis fulde mentale sufficiens ingen vover at tvivle, finder man i virkeligheden den samme stødvise vekslen i stemningslivet, de lever deres liv i skub, og det er ingenlunde altid, at det er ydre forhold, der foranlediger disse svingninger, tværtimod bærer de i mange tilfælde tydelig præget af, at den drivende magt kommer inde fra; disse evige sving fra bølgedal til bølgebjærg er i virkeligheden disse menneskers maade at gro paa. Lige som araukarien vokser i etager, saaledes er der tider i deres liv, hvor deres aandelige synsfelt er tyndt som en stængel, hvor de kun lige er i stand til med opbydelse af al deres energi at udrette den daglige dont, der paahviler dem; til andre tider derimod breder de sig ekspansivt ud til alle sider, har hundrede jærn i ilden, kan overkomme det utrolige, og deres interesser og virketrang naar langt ud over den daglige gerning, som det kort tid i forvejen kun var dem en byrde at skulle udføre.

Og vender vi os endelig for et øjeblik mod den sjælelige defekt, saa træder forhold af ganske analog art os i møde. Undertiden er defekten partiel, som naar man f. eks. hos iøvrigt veludrustede mennesker træffer en fuldstændig mangel paa matematisk evne eller en lige saa udpræget immunitet over for alle æstetiske og filosofiske indtryk og paavirkninger. Undertiden er defekten mere diffust udbredt, og disse mennesker gør indtryk af at være topskaarne. Saa længe de faar lov til at gaa i deres daglige trædemølle, saa længe der ikke stilles andre og større krav til dem end de, som engang er indøvede og tilvante, saa længe kan de gøre endog udmærket fyldest, men saa snart der hænder dem noget uvant og uventet, saa snart der stilles krav til deres personlige initiativ, deres kombinationsevne, deres selvstændige indgriben, saa glipper det for dem, og de føler sig usikkre og desorienterede. Nu og da hænder det, at den sjælelige defekt ikke straks falder i øjnene, overbroderet som den er med flere eller færre smaatalenter, der ikke blot stikker den mildt stemte familje og navnlig de kvindelige medlemmer blaar i øjnene, men ogsaa er i stand til i alt fald for en tid at imponere selv de mindre interesserede. Imidlertid vil det altid vise sig, at disse talenter — det drejer sig som regel om mere end et — ingen art har, de slaar kun til til at spille lidt dilettantkomedie, deklamere i et aftenselskab, skrive en festsang, eller fuske lidt i malerkunsten, men trods disse talenter driver det „begavede“ unge menneske det aldrig til noget, hans talenter naar aldrig til nogen selvstændig udvikling, og han selv tilbringer sit liv i en eller anden underordnet stilling, hvor de fordringer, der stilles til ansvar og selvstændighed, ikke overstiger hans evner. De vil uden vanskelighed gennem de forskelligste kombinationer og grader kunde forfølge disse lette sjælelige defektuositeter, der jo forefalder saa overordentlig hyppigt ude i livet, lige ind i den juvenile demens' aandelige øde. — Det vilde

ikke falde mig svært at mangfoldiggøre disse eksempler paa den sjælelige abnormitets og den sjælelige defekts tilstedeværelse midt iblandt os. Men jeg er sikker paa, at De enten gennem selviagttagelse eller gennem studiet af Deres omgivelser vil være i stand til at supplere de antydninger, jeg her har fremført.

Der er imidlertid en kategori af mennesker, jeg nu vil omtale, og det er den lille flok af særlig fremragende og veludrustede mennesker, hvis aandelige indsats i menneskelivets historie gør dem til banebrydere og seere, hvad enten deres geni driver dem ind paa det æstetiske, filosofiske eller religiøse omraade, eller det er de mere eksakte naturvidenskaber, politiken eller det merkantile, der høster frugterne af deres overlegenhed. Der har lige, siden *Morel* i midten af forrige aarhundrede opstillede sin degenerationslære, dannet sig den anskuelse, at geniet i det store flertal af tilfældene frembyder saa iøjnefaldende psykiske særegenheder og saa store afvigelser fra normen, at man maa være berettiget til at fastslaa et nært slægtskab imellem det og bestemte former af sindssygdom. Her hjemme har overlæge *Lange,* der er en af *Morels* mest veltalende og talentfuldeste tilhængere, igennem hele sin produktion søgt at paavise og motivere denne samhørighed; men det er dog navnlig *Lombroso,* hvis udspring fra og tilknytning til *Morel* saa ofte overses, der gennem sin bog om geniet og sindssygdommene populariserede denne opfattelse. I de senere aar synes den tyske neurolog *Møbius* at have uddannet sig den specialitet at antaste sagesløse genier for efter at have gennemrodet deres produktion og privatliv at tage dem til indtægt for postulatet om, at geniet er en neurose.

Jeg maa indrømme, at tanken om, at de mænd, der i kraft af deres aandelige vægtfylde og geniale fremsyn blev kaldede til at berige menneskeheden og flytte grænsepælene for vor erkendelse et stykke fremad, at netop de skulde

staa sindssygdommen nærmere end andre, altid har forekommet mig baade stødende og lidet sandsynlig. Og jo mere jeg har faaet øjet op for, hvor hyppigt man hos den store majoritet, der til enhver tid skulde danne den sammenlignende indeks, finder sjælelige abnormiteter og defekter, der ingenlunde er fremmede inden for rammen af de virkelige psykoser, og jo mere jeg ved samlivet med sindssyge har overbevist mig om, at de sjælelige abnormiteter, der har betydning som sindssygdomstegn, altid betegner et minus, et minus i evnen til at hævde sig, et minus i den indsats, de giver i samfundets store husholdning, og hvor sjældent man inden for sindssygeanstaltens mure finder mennesker, der paa noget punkt har præsteret det fremragende eller blot det betydelige, og hvis aandelige kapacitet ikke ligger under det niveau, som deres fødsel og opdragelse berettigede til at vente hos dem, desto mere er jeg blevet overbevist om, at geniet og den sindssyge forholder sig til hinanden som plus og minus. At geniet lige saa lidt som andre er udelukket fra at blive sindssyg, er en sag for sig, men postulatet om, at geniet netop i kraft af sin hjærnebarks særlige bygning og funktion skulde være nærmere beslægtede med sindssyge end andre, beror sikkert paa en mangelfuld klinisk iagttagelsesevne.

De former for genialitet, der altid har været særlig udsat for denne misforstaaelse, er dels de, hvor genialiteten har været knyttet til de stærkest følelsesbetonede egne i bevidsthedslivet, saaledes som det er tilfældet med digterne, musikerne, de bildende kunstnere eller religionsstifterne, dels de, hvor genialiteten — som hos filosofferne — har givet sig udtryk i nye og overraskende teorier om og synspunkter for den menneskelige aands udvikling og virksomhed. De genier derimod, hvis evner har drevet dem enten ind i de eksakte videnskabers laboratorier, eller ud i det praktiske livs værksteder, er langt mindre udsatte for at blive slaaet i hartkorn med sindssyge sværmere eller

forrykte drømmere. Og denne opfattelse af genierne af forskellige art beror ganske sikkert ikke paa tilfældigheder. De første af dem, der virker paa deres samtid gennem ordet, det være sig nu det skrevne eller det talte, de udleverer sig selv i deres værker, i deres dagbøger, i deres breve, de lægger deres sind og deres tanker lyslevende frem til beskuelse og kommentar, de lever paa en maade deres liv for aabent tæppe. De andre derimod, fysiologerne, kemikerne, biologerne eller opdagerne, de staar kun i rapport til deres medmennesker gennem det endelige resultat af deres genis virksomhed, et resultat, hvis forudsætninger og motiveringer altid vil være en lukket bog for den store mængde, der selv om de ingen anelse har om de veje og det arbejde, der ligger bagved, tvinges til lidt efter lidt gennem de velsignelser, eller den nytte, der skabes ved disse geniers virksomhed, at bøje sig i beundring. Eller ogsaa er disse geniers gerning af en saadan art, at kun de udvalgte, kun de forstaaende kan vurdere resultaterne, og mandens navn naar aldrig ud over de herved afstukne snævre grænser,

Men selv om enkelte geniers gerning ifølge sin særlige art til dels beskytter dem mod deres biografers nyfigenhed, skønt deres liv, deres arbejdsmetode, deres tanke og følelsesnæt kan være lige saa uregelmæssig og fra det almindelige afvigende som deres, der bliver indrangeret mellem de sjælelige abnorme, saa er det ikke disse ydre forhold alene, der er afgørende, men ofte er der i selve genialitetens retning noget, der frister og ægger til at betragte disse menneskers livsførelse under det patologiskes synsvinkel. Hvad der fremfor noget andet udmærker det kunstneriske geni, er dets overordentlige stærke modtagelighed, den følsomhed, hvormed det reagerer paa alle ydre og indre indtryk, den frodighed, hvormed dets indbildningskraft vokser, og den lethed, hvormed dets følelsesliv sættes i svingninger. Naar saa dertil kommer det hang

til superlative udtryk, som ofte findes hos dem, den dristighed og respektløshed, hvormed disse genier udtaler deres tanker og anskuelser, den hensynsløshed og frejdighed, hvormed de lever deres liv uden at spørge om de forestillinger og de love, der er herskende paa bjærget, saa er der intet paafaldende i, at de vækker baade forargelse og ængstelse for ikke at være helt vel forvarne, og at mange siger lige som en af den franske operas grundlægger *Lullys* venner sagde: „Hør ikke paa ham, han mangler den sunde forstand. Han er et rent geni."

Men hvor henter da de forfattere, der hævder genialitetens nære slægtskab med sindssygdommen, deres argumenter fra? Ja først og fremmest er det selvfølgelig fra det, de kalder genialitetens symptomatologi. Det vil imidlertid føre mig altfor vidt, hvis jeg i aften i det enkelte skulde paavise det unøjagtige og ofte barnlige i hele denne metodes ræsonnementer; der foreligger jo efterhaanden en hel litteratur, der tager sigte paa at demonstrere geniernes patologi. Men nogle eksempler paa den vej, der sædvanligvis følges, vil jeg dog nævne, for at vise Dem, hvor løst et grundlag der ofte bygges paa. *Lombroso* anfører saaledes, at dybe tænkere lige som mange sindssyge beherskes af forunderlige luner og har en tilbøjelighed til at foretage uforholdsmæssige, teatralske bevægelser. Han nævner saaledes, at *Lenau* og *Montesquieu,* medens de arbejdede, stadig gik op og ned ad gulvet, saa at sporene af deres trin til sidst kunde kendes paa gulvet, og at *Napoleon* havde ticagtige krampetrækninger i ansigtet og skulderen, og disse trækninger bredte sig, naar han blev hidsig, ogsaa til lægmuskulaturen. Men rent bortset fra, at fænomener af ganske lignende art findes hos mange mennesker, der hverken er geniale eller sindssyge, saa er der jo en himmelvid forskel paa den undertiden automatiske, undertiden mere tvangsmæssige bevægelsestrang, der findes hos sindssyge og som ofte kan forefalde hos fuldstændig sløve pa-

tienter, og den trang til bevægelse, der under et intenst tankearbejde bemægtiger sig saa mange mennesker og først falder til ro, naar tanken har fundet sin løsning eller sit udtryk.

Det anføres ogsaa som et patologisk træk hos genierne, at det ubevidste sjæleliv spiller saa stor en rolle hos dem, at mangt og meget af det, de frembringer, skabes saa at sige uden deres vidende. *Goethe* anfører saaledes, at meget af, hvad han har skrevet, er blevet til, medens han befandt sig i en tilstand, der lignede en somnambulisme; *Mozart* skal have komponeret mange af sine sonater, medens han var i en drømmelignende tilstand: „Jeg sætter mig ved klaveret, lukker øjnene til, og udtrykker, hvad jeg føler i mit indre". Jeg maa indrømme, at jeg har svært ved at se, at der er noget patologisk eller blot noget paafaldende ved denne maade at komponere paa. Og naar *Lamartine* siger, at det ikke er ham selv, der tænker, men hans ideer, der tænker for ham, „Es denkt in mir", som *Schopenhauer* udtrykker det, eller naar *Voltaire* i et brev til *Diderot* paastaar, at alle geniets handlinger er instinktets værk, saa er alt dette jo noget, ethvert menneske, der overhovedet giver sig af med selvstændigt aandeligt arbejde, saa godt kender fra sig selv. Det hører til de dagligdags fænomener for disse mennesker, at en tanke, en forestillingsrække, et problem, som længe har beskæftiget dem, og som de ikke har kunnet magte, pludselig en dag eksploderer som i en art aabenbaring, hvor hele spørgsmaalet med dets logiske konsekvenser og ofte udpenslet i de fineste enkeltheder ligger fuldt belyst for deres bevidsthed, og samtidig har de en fornemmelse af, at det ordnende tankearbejde, der ligger bagved, er resultatet af en virksomhed, der er foregaaet under bevidsthedens tærskel. Men der er intet patologiskt heri, det er kun en af maaderne for det menneskelige centralorgans virksomhed, der her finder sit udtryk, og selv om dette tankearbejde er

foregaaet uden individets bevidste indgriben og direktion, saa er der dog her aldrig tale om det, vi i psykiatrien kalder for bevidstløshed, og det er ganske uberettiget at parallelisere de sjælelige processer, der her foregaar, med den epileptiske automatisme eller den omtaagede bevidsthedstilstand, vi ser ved saa mange former af forvirring.

Et andet lighedspunkt mellem det geniale menneske og det sindssyge søges ofte i den omstændighed, at begge gaar som ensomme mennesker igennem livet, fremmede for det samfund, de lever i, og uden øje og øre for det, der bevæger deres samtid. Men den sindssyges isolerthed er næsten altid paaført ham mod hans vilje, det geniale menneske vælger som regel selv sin ensomhed. Forudsætningen for al samfølelse imellem mennesker er fornemmelsen af at være forstaaet, fornemmelsen af at høre sine egne trin træde i takt med andres, det være sig nu de faas eller de manges, fornemmelsen af at slide og løfte, harmes og frydes i fællig med andre. Men det er jo ofte geniernes skæbne at være forud for deres tid. Hvor ofte er deres tale ikke en røst i ørkenen og deres virksomhed en fortsat række af stormløb mod deres samtids uforstand og fordomme. Og tit maa med naturnødvendighed de geniale menneskers daglige liv forme sig anderledes end andres. For dem, hvis tilværelse gaar hen i en stadig virksomhedstrang, en evig syslen med eller grublen over fænomener, som andre ikke kan øjne eller aldrig skænker en tanke, for dem maa mangt og meget af det, der fylder dagen og vejen ud for de fleste, skrumpe ind og blive betydningsløst, og deres tilværelse for mange faa præget af det særlingeagtige og barokke, hvorfra skridtet til det patologiske ofte kan synes saa kort. Af de faa geniale tænkere, vi har haft her i landet, er der vel næppe nogen, paa hvem prædikatet „gal“ oftere er hæftet end paa *Søren Kierkegaard*. Og det er ingenlunde hans forfattervirksomhed alene, der har givet denne opfattelse næring. Men selv for mennesker,

der kun har et ganske overfladisk kendskab til hans værker, staar hans livsførelse som en berettigelse til at opfatte ham som patologisk. Den ensomhed, hvori han levede, hans trafik med at spasere igennem sin over alt fuldt oplyste lejlighed, hvor der rundt omkring stod borde med papir og blyant, saa at han altid kunde skrive sine tanker ned, hans dagelange køreture, hans idé ikke at ville tage renter af sine penge, den mystiske forestilling om faderens forbandelse af Vorherre, hans forlovelseshistorie, hvor den almindelige opfattelse, den, De endnu den dag i dag kan høre gamle mennesker debitere, var, at han havde spiddet en ung pige som en sommerfugl paa en knappenaal og foretog psykologiske eksperimenter med hende, hans ejendommelige fremtræden, hans strid med korsaren og hans angreb paa biskop *Mynster,* alt det i forening med de ufordøjede og misforstaaede brokker af hans bøger, der løb byen rundt, gjorde, at opfattelsen af ham som et sygeligt fænomen fæstnede sig.

Men endvidere fandtes der hos *Kierkegaard* et symptom, som vel nok er det, geniale menneskers biografer oftest hænger sig i, naar talen er om at paavise deres sygelighed, og det er hans tungsind. Han taler ofte om det i sine bøger, og han er ganske utrættelig i at variere og belyse det i sine dagbøger. Men det at være tungsindig er sandelig ikke nok til at stemple et menneske som sygt. Ganske vist skriver *Møbius* i fortalen til sin monografi over *Schopenhauer,* at „den grundløse munterhed og naive glæde ved livet fylder saa helt ethvert sundt, ungt menneske, at man, hvor disse egenskaber mangler, er berettiget til med den største bestemthed at slutte til det sygelige“. Og det vil derfor næppe forbavse Dem, at *Møbius* efter at have stillet dette dogme i spidsen af sin biografi over den moderne pessimismes grundlægger kommer til det resultat, at han var patologisk. Men jeg tror ikke, *Møbius* har ret, jeg tror ikke, at det at se paa livet med øjet aabent for dets skygge-

sider, for den megen usseldom og lavhed, der trives omkring os, eller følelsen af, at glæderne i livet ofte er dyrekøbte og dets værdi i sig selv saare problematisk, er mere sygelig end den „grundløse, naive livsglæde“, som han fremhæver saa stærkt. Der er temperamentsforskelligheder, der gør menneskers syn paa og anskuelser om livet saa varierende som nat og dag, men som dog ligger inden for det fysiologiskes grænser, og der er mange mennesker, der, naar de ser tilbage paa deres liv, selv om det ellers kan have formet sig baade harmonisk og lyst, netop gruer tilbage ved erindringen om deres unge dage paa grund af den sky af tungsind og Weltschmerz, der hviler over dem, og dette fænomen er saa udbredt og findes hos iøvrigt saa ligelige og veludrustede mennesker, at det er ganske misvisende at ville henføre det til det patologiske. Hvad der derimod karakteriserer depressionen, den simple melankoli, som sindssygdomstegn og skiller den ud fra det saa ofte forefaldende fysiologiske tungsind, det er dels dens kombination med andre sygelige fænomener, som f. eks. de melankolske vrangforestillinger, dels og navnlig den psykiske hemning, der fuldstændig behersker disse patienter. Men hverken *Søren Kierkegaard* eller *Schopenhauer* har været plaget af nogen sjælelig hemning, den første skrev i løbet af tolv aar, hvad han selv kalder for „en litteratur i litteraturen“, og den anden udarbejdede paa et tidspunkt, hvor hans tungsind var stærkt udtalt, sin doktordisputats. Desuden viser det sig, at de fire gange i *Schopenhauers* liv, hvor hans tungsind var dybest, laa der ydre og meget alvorlige faktorer bagved, hvorimod den patologiske depression netop saa ofte kommer ganske umotiveret. Og endelig plejer de periodevis tilbagevendende depressioner at tiltage med aarene, idet perioderne bliver længere og depressionen dybere, men intet af dette var tilfældet hos *Schopenhauer.* Alt som hans liv skred fremad, blev hans sind lysere og hans alderdom var, samtidig med at han

bevarede sit klare hoved og sin skarpe tunge, nærmest hvad man plejer at kalde for „en glad“.

Der er en anden sindssygdomsform, der staar de periodiske depressioner nær, og hvori disse ofte indgaar som et led, og som ofte paaduttes geniale mennesker; jeg mener den manio-depressive sindssygdom. *Møbius* har saaledes gjort et stort, men, som det forekommer mig, ganske forgæves forsøg paa at indrangere *Goethe* under denne kategori. At der findes svingninger i hans stemningsliv, og at man kan paavise perioder, hvor hans arbejdskraft var baaret af en ualmindelig frodighed, og andre, hvor hans energi ebbede, betyder jo, som jeg før omtalte for Dem, ikke meget for løsningen af spørgsmaalet patologisk eller fysiologisk. Svingninger af den art er uløselig knyttet til alt menneskeværk, og allerede prædikeren har givet det udtryk ved at sige: „der er en tid til at græde og en tid til at le; en tid til at sørge og en tid til at springe af glæde; en tid til at bortkaste sten og en tid til at samle stene; en tid til at tie og en tid til at tale“. Og jeg kan ikke se, at svingningerne i *Goethes* stemningsliv nogen sinde er naaet ind over det sygeliges grænse.

Lombroso siger i sin bog om geniet og sindssygdom, at der aldrig har eksisteret nogen mand, som ikke har troet sig forfulgt og ikke har givet denne sin grundløse frygt udtryk i ord. Men rent bortset fra, at der er mange geniale mænd, som aldrig har efterladt en tøddel om deres egne personlige forhold i livet, saa vil den følelse af at være forurettet og forfulgt, som store mænd saa ofte giver udtryk netop i kraft af denne modstand, som det nye og fremragende saa ofte møder, ofte være vel motiveret. Atter her er det navnlig *Schopenhauer*, der maa holde for. De fleste af hans biografer paastaar, at han led af den vrangforestilling at være forfulgt af de tyske universitetsprofessorer. Og som afgørende bevis herfor nævner de hans afhandling: Ueber die Universitets-Philosofie, som

det endnu den dag i dag, skønt det snart er 60 aar siden, den udkom, er en fest at læse. At han i sin bitterhed kan have skudt over maalet og i sin vrede kan have saaret unødigt, er vel muligt. Men baade hans bitterhed og hans vrede var vel motiveret, thi saa længe han levede, blev hans værker fuldstændig ignorerede; som ved en stille overenskomst mellem alle dem, der paa den tid docerede filosofi ved de tyske universiteter, blev hans værker tiede til døde. Men der er intet af en forfølgelsesforestilling i at reagere over for en saadan medfart, lige saa lidt som *Georg Brandes* lider af forfølgelsesforestillinger, fordi han gang efter gang vender tilbage til den uret, der i tidens løb er sket ham, og stadig vender sig polemisk mod de mennesker og de institutioner, der har spærret vejen for ham. Og hvis De vil gaa ud i livet, som det leves om os, saa tænk paa, hvorledes det gaar til, naar en plads bliver slaaet op som ledig, og f. eks. fem mennesker søger den. Gaa rundt til de fire, som er blevet refuserede, og spørg dem om, hvorfor de mener at være bleven vragede; jeg kan forsikre Dem for, at i 90 af 100 tilfælde falder det ingen af dem ind at tro, at det er den dygtigste, der er blevet valgt, de mener, at grunden til, at de ikke selv har faaet pladsen, maa søges i rent personlige motiver, i protektion, i den omstændighed, at en af dem, der har haft indflydelse paa besættelsen, havde noget imod dem selv, eller deres kone eller svigermoder. Og det er ikke blot vedkommende selv, der har denne opfattelse, men hele den lille kreds af slægt og venner, der staar dem nær, den taler og ivrer og hader sig efterhaanden ind i disse forestillinger om chikaneri og forurettelse. Men fænomener, der er saa udbredte og bunder saa dybt i de fleste menneskers karakter, er det for farligt at give betydning som tegn paa sindssygdom. Og desuden har forfølgelsesforestillingen, naar den optræder som sindssygdomstegn sine ganske bestemte og som regel let kendelige ejendomme-

ligheder. Den sindssyge, der lider af forfølgelsesforestillinger, ruger over dem uden at kunne løsrive sig fra dem, hans tilværelse gaar hen med at tømre sit forfølgelsessystem sammen, med at værge sig mod sine forfølgere og undgaa deres anslag. Og hele hans væsen er saa præget af disse vrangforestillinger, der jo næsten altid holdes i live af hallucinationer, at enhver, der har nogen øvelse i at iagttage sindssyge, uden vanskelighed kan stille diagnosen ved blot at studere hans adfærd. Men om noget saadant er der ikke tale i de tilfælde, jeg før nævnede. Hverken *Schopenhauer* eller *Brandes* har ladet sig distrahere eller absorbere af den modgang, de har mødt, den har maaske tværtimod været dem en spore, der har ægget dem til yderligere anstrængelser, og den hr. *Petersen,* der ikke fik den plads, han søgte, han glemmer snart sin modgang, og hvis lykken næste gang er ham god, smiler han maaske overlegent af sine tidligere forestillinger.

Ogsaa geniale menneskers stærke modtagelighed og stærkere aktionsudslag er blevet paralleliseret med lignende forhold, navnlig hos opstemte, maniakalske sindssyge. Det anføres saaledes, at *Gay Lussac* og *Davy* dansede rundt paa gulvet i deres arbejdsværelse, naar de havde gjort en af deres opdagelser, og selv *Arkimedes,* der løb nøgen igennem Syrakus' gader og raabte sit *Ἑυρηκα*, nævnes som eksempel. Men jeg er vel næppe den eneste, der har overværet scener, hvor en afgørelse, som var ventet i stor spænding, og som fandt en lykkelig løsning, fik vedkommende til at styrte sig om halsen paa mennesker, han ellers højst vilde have trykket i haanden, og i sin adfærd gav sin glæde et saa dramatisk udtryk, at et menneske, der saa ham uden at kende noget til forholdene, vilde anse ham for gal. Og selvfølgelig har den glæde, det her drejede sig om, ikke kunnet sammenlignes med den fryd, der maa fylde et menneske, som selv har følelsen af, at den opdagelse, han har gjort, betegner det epokegørende

og har en rækkevidde, som i øjeblikket slet ikke lader sig maale. Der er ogsaa anført eksempler paa, at digtere skal være besvimede af den betagelse, der greb dem, naar de havde læst *Homers* digte. Men naar *Lombroso* fortæller, at maleren *Francia* døde af glæde ved synet af et af *Rafaels* billeder, saa tør man dog maaske være berettiget til at mene, at en eventuel obduktion havde afsløret en mere materiel dødsaarsag hos den 57aarige mand.

Det kommer jo ogsaa nærmest ind under det komiskes kategori, naar den modtagelighed, som saa mange geniale mennesker skal have vist over for kvindelige yndigheder, fremhæves som noget sygeligt, og det er en ret uforstaaelig resignation, *Lombroso* har vist ved kun at nævne *Alfieri* og *Foscolo* i denne sammenhæng, man forstaar ikke helt, hvorfor kun disse to syndere drages frem til offentlig beskuelse.

Det er heller ikke umiddelbart indlysende, hvorfor det om *Schopenhauer* anføres som et patologisk træk, at hans liv og hans lære ikke stod i samklang med hinanden. *Lombroso* paastaar, at han i sine værker er kvindehader — hvad han for resten slet ikke er — men i livet viste sig at være en stor kvindeven — hvad han ganske sikkert var — men man behøver da ikke at ty hverken til de geniale eller de sindssyge for at finde eksempler paa aandens redebonhed og kødets skrøbelighed.

Det vil sikkert ogsaa lyde overraskende for dem, naar De hører, at *Lombroso* som kendetegn for de patologiske genier anfører, at de har en ejendommelig, lidenskabelig, bævende og blomstrende stil, som adskiller dem fra alle andre skribenter, og sammenstiller deres hang til at danne nye ord og bruge billeder, der ikke vokser paa sprogets slagne landevej, med den trang til neologismer og det ofte ganske uforstaaelige P-maal, som mange sindssyge mennesker gør brug af. Det hænder ogsaa nu og da, at den omstændighed, at geniale mennesker saa ofte er forud

for deres tid, kaster et skær over deres handlinger, der gør, at de i lange tider opfattes som udslag af sindssygdom. *Maudsley* nævner saaledes englænderen *William Blake,* om hvem han mener, at han hele sit liv igennem levede paa grænsen af sindssygdom, og — føjer han til — hvis historien om, at han sammen med sin kone sad nøgen i sit lysthus for at solen kunde skinne paa dem, er rigtig, maa han betragtes som virkelig sindssyg. *Blake* havde imidlertid den forestilling, som for vor tid intetsomhelst paafaldende har ved sig, at solbade virkede gavnligt paa menneskets sundhed, og det eneste, der maaske i vore øjne kan synes noget ejendommeligt er, at han og konen ikke skiftedes til at sidde i lysthuset.

Endnu et eksempel paa, hvor langt paa afveje hele denne psykologiske metode kan føre, skal jeg nævne for Dem. *Lombroso* anfører som bevis paa geniernes og de sindssyges nærbeslægtethed, at et enkelt sanseindtryk hos den ene kan give stødet til en genial opdagelse, hos den anden til de mest gruopvækkende handlinger. Han paralleliserer saaledes det sanseindtryk, som *Newton* fik ved at se et æble falde, og som gav anledning til hans teori om tyngden, med det sanseindtryk, en impulsiv katatoniker faar ved synet af en kniv, og som giver anledning til, at han jager den i underlivet paa det menneske, der staar ham nærmest. Længere ud i det absurde er det vel vanskeligt at naa.

Det er intet under, naar man anlægger den maalestok, som jeg her har antydet, at man kan komme til det resultat, som *Møbius* kommer til, naar han omtaler de mennesker, *Goethe* er kommet i berøring med i sit liv. *Møbius* skriver nemlig, at hvis han skulde undersøge dem efter deres patologiske Gehalt, vilde han havne i det grænseløse, thi imellem dem alle er der næppe et eneste, som i ordets egentlige forstand kan kaldes sundt. Det vil med andre ord sige, at ikke alene *Goethe,* der dog sik-

kert for alle, der kender hans værk og hans liv, staar som noget af det bedst udrustede og mest harmoniske, der har levet, men ogsaa alle de mennesker, han i sit lange liv har haft samkvem med, har været patologiske.

Men paa den maade gøres alle skillelinier mellem sundt og sygt svømmende og hele verden til et stort galehus. Hvis man vil gaa frem efter den metode, der anlægges overfor geniale mennesker, saa vil meget faa kunne vente sig at faa paatrykt det blaa stempel. Hvis en eller anden af Dem vil offre et par aar af Deres liv paa f. eks. at studere vor bys barberer og gøre optegnelser ikke blot over deres færden og handlen, men ogsaa over alle de sindets og drifternes rørelser, som jo netop danner raamaterialet for saa mange geniale menneskers værker og selvbiografier, saa nærer jeg ingen tvivl om, at De vil kunne samle et materiale, der til evidens demonstrerer den overflod af psykopatiske træk, der findes hos barbererne i modsætning til andre professioner, hvor denne undersøgelse ikke er foretaget.

Det er, som jeg begyndte med at fremhæve for Dem, ikke det enkelte symptom, ikke paavisningen af en eller flere sjælelige abnormiteter, der berettiger os til at stille diagnosen sindssygdom. Det er i vore dage, hvor læren om sindssygdommene har kæmpet sig frem til at blive sideordnet med medicinens øvrige discipliner, ikke nok for den samvittighedsfulde og videnskabeligt interesserede undersøger i al taaget almindelighed at karakterisere et menneske som sindssygt, det maa kræves af ham, at han fastslaar, hvilken form for sindssygdom det drejer sig om. Og hertil hjælper ham dels den konstellation af symptomer, patienten frembyder, dels de faktorer, der har hjulpet med til at fremkalde sygdommen, dels dennes forløb og ikke mindst den kløft, der i det store flertal af udtalte sindssygdomstilfælde skiller patientens liv i syg og sund tilstand fra hinanden. Og denne forskel fra før og nu er

som regel saa gennemgribende og strækker sig saa langt ind over hele personligheden, at der sker en iøjnefaldende karakterforandring hos patienten. Hans følelsesliv bliver ændret, hans forestillingskreds bliver indsnævret eller antager en retning, der tidligere var ham fuldstændig fremmed, hans bevidsthedsliv bliver omtaaget eller indskrænket, hans interesser sløves eller søger veje, der før laa ham fjærnt, og hertil slutter sig ofte udtalte vrangforestillinger og hallucinationer, en mangel paa evne til at bedømme omgivelserne og sine egne forhold med den klarhed og logiske konsekvens som tidligere. Og alle disse forhold gør, naar de sammenholdes og afvejes mod hinanden, og naar de stilles i den belysning, der kastes over dem fra den kliniske erfaring, som studiet af andre patienter med lignende symptomer giver os i hænde, at det som regel ingen vanskelighed volder at anbringe patienten under en af de sindssygdomsgrupper, som den moderne psykiatri har afgrænset, og samtidig bliver det muligt for os at forudsige det forløb og den udgang, som sygdommen i det enkelte tilfælde vil tage.

Der er imidlertid, hvad der ogsaa fremgaar tydeligt nok af alt, hvad jeg hidtil har sagt, tilfælde, hvor afgørelsen af, om en patient er sindssyg eller sindssund, maa kunne volde uoverstigelige vanskeligheder. Og det ligger i, at der mellem det sunde sjælsliv og sindssygdommen ligger en bred og endnu lidet opdyrket grænsezone. Der er mennesker, der kun én gang i deres liv krydser dette grænsegebet, og det er dem, der inden deres sindssygdom bryder fuldstændig ud, gaar kortere eller længere tid med prodromalsymptomer til den psykose, der, naar den en gang er manifest, aldrig kommer sig, men tvinger patienten til resten af sine dage at blive inden for en sindssygeanstalts mure. Der er andre mennesker, der tager ophold i dette grænseland to gange i deres liv, én gang medens forløberen for deres sindssygdom præger deres ad-

færd og gør dem utrygge og usikkre over for dem selv og deres omgivelser, og én gang, naar de paa hjemvejen fra deres psykose lever i den rekonvalescenstid, hvor de endnu ikke tør stole helt paa sig selv, og gengangere fra deres vrangforestillinger eller sygelige stemningsliv endnu spøger i dem. Nu og da hænder det, at det samme menneske flere gange i sit liv drager igennem dette grænseland — paa kryds, om jeg saa maa sige. Men foruden disse, der altid kun er paa gennemrejse, er der mange, som lever i dette grænseland livet igennem og rejser igennem det — paa langs. Det er den store skare, som gærne samles under navnet de degenererede.

De maa nu ikke tro, at vor usikkerhed over for erkendelsen af disse patienter er saa overvældende, som man ofte faar indtrykket af, naar man læser om, hvilke mennesker der indrangeres eller indrangerer sig selv under dette mærke. De maa nemlig huske paa, at det i vore dage næsten er fint at være degenereret, at det for mange mennesker staar som en art adelsmærke paa særlig begavelse og særlige evner, der ikke findes hos den store hob. Imidlertid har den sjælelige degeneration, saa snart den har naaet grader, der giver den nogen interesse som sindssygdomstegn, dels saa udprægede kliniske symptomer, at det ingen vanskeligheder har at erkende dem, dels betyder den som alle andre sindssygdomstegn et minus i hele vedkommende menneskes sjælelige valens. Hvad der karakteriserer den sjælelige degeneration i dens udprægede grader er det holdningsløse, det uligevægtige, det dinglevorne. I karakterilogisk henseende er det, som havde disse mennesker en gummislange igennem deres rygrad i stedet for den jærnstang, der giver holdning og vækker respekt; i moralsk henseende er de upaalidelige og uvederheftige; i deres stemningsliv er de lunefulde, stadig skiftende, ofte med et impulsivt præg, og deres driftsliv er ofte perverteret, deres forestillingsliv er flygtigt, deres interesser overfla-

diske, deres kundskaber spredte og lidet dybtgaaende og ofte i høj grad begrænsede og ensidige. Men desuden findes der hos dem træk af mere iøjnefaldende sygelig karakter. Det hænder saaledes hyppigt, at disse mennesker ganske pludseligt faar, hvad franskmændene har betegnet med navnet et „délire d'emblée". Der opstaar hos dem en hel række af vrangforestillinger, som regel storheds- og forfølgelsesforestillinger i en kaotisk blanding, ledsaget af talrige hallucinationer og omtaaget bevidsthed. Ofte varer denne tilstand kun kort, og patienten svinger igen tilbage i sin relative ligevægtstilling. Men foruden disse mere dramatisk formede tildragelser i disse patienters liv, finder man forskellige former af sygelig udtalt angst, snart som simpel pladsangst eller højdeangst, snart som frygt for at være alene eller køre i jærnbane, og hos mange antager disse ængstelser en saadan styrke og et saadant omfang, at deres liv imellem andre mennesker bliver en umulighed og deres tilværelse en fortsat kamp med og hytten sig for disse forestillinger. Til andre tider er det tvangstanker eller tvangshandlinger, der behersker disse patienter, saa at deres dag smuldrer bort i en række meningsløse, intetsigende handlinger, der undertiden har karakteren af besværgelsesformularer, undertiden synes ganske hensigtsløse.

Den omstændighed, at føringslinien i disse patienters tilværelse gaar i zigzag, saaledes at de snart befinder sig helt inden for sindssygdommens grænser og snart nærmer sig det normale sjælsliv, gør, at selv ædruelige og skarpsindige forskere kan komme til ganske modsatte resultater angaaende en saadan patients sindstilstand. Vi har jo for nylig i prinsesse *Louise* af Sachsen-Coburg haft et celebert tilfælde af denne art, hvor en stor del af Tysklands første sindssygelæger har erklæret hende for sindssyg, og tre af Frankrigs berømteste autoriteter paa samme omraade har erklæret hende for sund. Dette ligger nu ikke, som læg-

folk er saa tilbøjelig til at tro, i, at diagnosen sindssygdom er saa svævende og usikker og afgrænsningen af de forskellige former saa flydende, at det videst mulige spillerum for subjektive synspunkter og vilkaarlighed staar aaben. I det store flertal af tilfældene ligger den forskellige bedømmelse ikke i principielle og dybtgaaende afvigelser i synet paa, hvad der er patologisk og hvad ikke, men det ligger i, at det slet ikke er det samme objekt, der er blevet observeret, thi i mellemtiden mellem de to iagttagelser har patienten i kraft af sin sygdoms tendens forandret habitus; og det er derfor ganske vildledende, naar en tysk lægmand i anledning af denne affære har offentliggjort en piece med titelen: Der Bankerot der Psychiatri, hvor han i en ganske ubeheersket form retter de gamle angreb om manglende eksakthed mod psykiatrien og om uvederheftighed og partiskhed mod sindssygelægerne.

De vil sikkert uden vanskelighed forstaa, at enkelte træk og enkelte symptomer fra denne degenerative form for sindssygdom træffes overordentlig hyppigt ude i livet. Det skiftende stemningsliv, det dinglevorne i anskuelser, det upaalidelige i den daglige omgang, manglen paa karakter og personlighed er jo altsammen fænomener, der desværre trives frodigt nok omkring os. Ogsaa de umotiverede ængstelser — De kender vist alle mennesker, der kun vil sidde paa yderpladserne i teatrene, eller naar de rejser, kun vil bo i hotellernes stueetager — eller tvangstankerne og tvangshandlingerne findes ofte antydningsvis hos i øvrigt sunde og ligevægtige mennesker. Det bliver derfor ogsaa her — ikke det enkelte symptom, der bliver det afgørende for vor diagnose, men først gennem studiet af hele personligheden, af sygdommens forløb, af det indbyrdes sammentræf af forskellige symptomer bliver det muligt for os at naa til den rette erkendelse af tilfældet.

At der imellem geniale mennesker har været adskil-

lige, der har hørt til de grænsebeboere, der levede deres liv i den zone, der skiller sindssunde og sindssyge mennesker fra hinanden, og at en del af dem har været mærket af de symptomer, der karakteriserer den sjælelige degeneration, det er lige saa utvivlsomt, som at der imellem genierne har været mennesker, der led af andre former af sindssygdom. Men den rabies, der i de senere aar har udviklet sig, og som søger at drage et større og større antal af genierne ind under den sjælelige degenerations synsvinkel, tror jeg, er baade farlig for psykiatriens udvikling og giver et ganske skævt indtryk af geniernes aandelige habitus i modsætning til andre menneskers. Det er atter her genierne med kunstnerisk begavelse, der er særlig udsat. Og det er da ogsaa under den sjælelige degeneration, at *Møbius* søger at anbringe f. eks. *Schopenhauer.* Men naar *Møbius* resumerer *Schopenhauers* personlighed i følgende udtalelse: „han var en helstøbt mand, der lige fra sin tidligste ungdom og til sin høje alderdom kun havde ét maal: det at erkende og at overlevere det erkendte, en mand, der intet andet søgte end sandheden, og som opfyldte denne sin opgave med en alvor og en trofasthed uden lige“, saa vil jeg, selv om denne mand har været tungsindig, selv om han af frygt for ildebrand ikke turde bo højere end paa første sal, og selv om der ellers i hans livsførelse kan paavises ejendommeligheder, som ogsaa findes hos deklareret sindssyge, paa det aller mest energiske benægte, at en mand, hvis karakteristik kan sammentrænges i de citerede ord, var patologisk, og mere specielt vil jeg hævde, at denne karakteristik er den polare modsætning til den, der særtegner de degenererede. Og hvis vi vil tage den anden af de geniale mænd, som jeg i aften er gaaet nærmere ind paa, og som, hvis han skal være patologisk, ogsaa maa komme ind under de degenereredes kategori, jeg mener *Søren Kierkegaard,* saa

samler *Georg Brandes* i sin monografi over *Kierkegaard* sit indtryk af ham i følgende ord: „det vil vise sig, at ingen forfatter i vor litteratur er gaaet dybere til bunds i menneskehjærtets afgrunde, at ingen har følt mere inderligt, tænkt mere skarpt, eller har taget en højere flugt i sin begejstring for renhedens og fasthedens idealer“, saa er det ogsaa en karakteristik, der, ganske bortset fra *Kierkegaards* tungsind og ensomhed, fra hans ensidighed og angst, ligger saa langt uden for de degenereredes psykologi, at man kun ved at gøre brud paa kendsgerningerne kan anbringe ham inden for disse rammer.

Ja, mine herrer og damer! Tiden er fremskreden, og jeg maa slutte, skønt det emne, jeg har villet omtale for Dem her i aften, jo langt fra er udtømt, og de strejflys, jeg har søgt at kaste over det, ikke er fri for en vis ensidighed. Men en bebrejdelse i den retning vil jeg tage mig forholdsvis let, hvis det blot er lykkedes mig at bibringe Dem den forestilling, at der i vore dage drives et ganske utilbørligt misbrug med ordet „gal“, et misbrug, som ikke alene gaar ud over mangen afdød stormand og mangen nulevende personlighed, hvis kanter og særegenheder ikke blot virker som salt i dagliglivets flove ferskhed, men ogsaa som peber ud i næsen paa de mere retlinjede og bøjelige naturer, men som ogsaa truer den prestige, som den yngste af medicinens discipliner, nemlig psykiatrien, er i færd med at tilkæmpe sig. For den gælder det foreløbig om at rette hele sin opmærksomhed og alt sit arbejde mod *afgrænsningen* af de forskellige sygdomsenheder; fortaber den sig i studiet af alle de sjælelige abnormiteter og defekter, som findes spredt ude i livet, som det leves omkring os, og søger at drage dem ind under synsvinkelen det patologiske, saa havner vi som *Møbius* i forestillingen om verden som et stort galehus. Og selv om en saadan forestilling sikkert ingen

større ulykker vilde afstedkomme, fordi livet vil gaa sin vante skæve gang ganske uanfægtet deraf, saa vilde den for psykiatrien betegne en falliterklæring saa stor, at man med den for øje nok kunde være berettiget til at tale om psykiatriens bankerot.

NAME	DATE DUE